

MICHELE THIESEN

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: CONTRIBUIÇÃO
PARA O BEM ESTAR DA PESSOA CIRÚRGICA**

**FLORIANÓPOLIS
DEZEMBRO, 2005**

MICHELE THIESEN

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE
ENFERMAGEM PERIOPERATÓRIA: CONTRIBUIÇÃO
PARA O BEM ESTAR DA PESSOA CIRÚRGICA**

Dissertação apresentada ao Programa de Pós
Graduação em Enfermagem, da Universidade
Federal de Santa Catarina, como requisito para
a obtenção do título de Mestre em
Enfermagem – Área de concentração:
Filosofia, Saúde e Sociedade.

Orientadora: Dra. Maria Bettina Camargo Bub

FLORIANÓPOLIS

DEZEMBRO, 2005

FICHA CATALOGRÁFICA

T439s Thiesen, Michele, 1973 -
Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica / Michele Thiesen, 2005
103p
Anexos
Cópia de computador (Printout(s)).
Dissertação (mestrado) – Universidade Federal de Santa Catarina, 2005
“Orientadora : Dra. Marina Bettina Camargo Bub”

Bibliografia

1. Enfermagem perioperatória. 2. Enfermagem de centro-cirúrgico.

3. Relações Enfermeiro-Paciente. 4. Qualidade de assistência a saúde. 5. Cuidados de enfermagem. I. Universidade Federal de Santa Catarina – Mestrado em Enfermagem. II. Título.

MICHELE THIESEN

**SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM
PERIOPERATÓRIA: CONTRIBUIÇÃO PARA O BEM ESTAR DA PESSOA
CIRÚRGICA**

Esta dissertação foi submetida ao processo de avaliação pela Banca Examinadora para obtenção do título de:

Mestre em Enfermagem

E aprovada na sua versão final em 22 de dezembro de 2005, atendendo as normas da legislação vigente da Universidade Federal de Santa Catarina, Programa de Pós Graduação em Enfermagem, área de concentração: Filosofia, Saúde e Sociedade.

Dra. Maria Itayra Coelho de Souza Padilha
Coordenadora do Programa

BANCA EXAMINADORA:

Dra. Maria Bettina Camargo Bub
Presidente

Dra. Angela Maria Alvarez
Membro

Dra. Agueda Lenita Pereira Wendhausen
Membro

Dra. Maria Grace Marcon Dal Sasso
Suplente

Dra. Elisete Navas Sanches Próspero
Suplente

Ao dormir somos todos vulneráveis
(William Shakespeare)

AGRADECIMENTOS

Agradeço ao **mundo**, e o faço por meio das pessoas com as quais pude conviver no período breve desta dissertação:

Aos **pacientes**, essência do cuidar;

Ao **hospital**, que permitiu que pudesse exercitar o cuidado;

A **equipe de cirurgia**, que gentilmente aceitou que eu os acompanhasse;

Aos **amigos**, de incentivo, de estrada, de apoio e suporte;

A **Bettina**, pela orientação que me desorientou e que assim me reconstruiu, reforçando crenças já existentes, desfazendo outras e me apresentando a novas leituras;

Aos **membros da banca**, que nos momentos onde encontrei os meus limites, souberam mostrar novos horizontes;

As **minhas irmãs e cunhados- Juliana , Roger, Suzana e Odair**, por me trazerem a realidade refrescando minha memória para tudo aquilo que realmente importa – a família;

Aos meus **pais Célia e Samuel**, por fazerem parte da minha essência, e, em sendo assim não sei dizer onde termina a filha onde começam os pais;

Ao **Gustavo**, por ser como é, e, em sendo assim despertou em mim o desejo de ser a reunião dos melhores sentimentos.

A todos

Muito Obrigada

THIESEN, Michele. **Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória: contribuição para o bem estar da pessoa cirúrgica**, Dissertação (Mestrado em Enfermagem) – Curso de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 104 p.

RESUMO

Trata-se de um estudo convergente – assistencial, realizado com pacientes em condição cirúrgica, durante o período perioperatório, desenvolvido em um hospital geral do Vale do Itajaí, SC, de 240 leitos que possui um centro cirúrgico com 7 salas cirúrgicas. Foi utilizado o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas (HORTA, 1979) e o modelo assistencial da Sistematização da Assistência de Enfermagem perioperatória proposta por Castellanos e Jouclas (1990). Teve como objetivo final desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP na busca da satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica e, como objetivos operacionais, prestar assistência a pessoas submetidas à cirurgia tendo como guia o marco conceitual e a sistematização da assistência de enfermagem nas diversas fases do período perioperatório, e analisar o processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem - SAEP em termos de satisfação das necessidades humanas básicas e bem estar. A experiência do cuidado consistiu na aplicação da sistematização da assistência de enfermagem perioperatória a três mulheres com idade entre 43 e 69 anos, submetidas a correção de hérnia de hiato, tireoidectomia e colecistectomia, realizadas sob anestesia geral. O 1º. momento foi a visita pré-operatória, que foi operacionalizada por meio de entrevista informal e semifechada com o paciente e sua família, observação e exame físico. Completaram este momento o estabelecimento dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento da assistência e a lista de intervenções de enfermagem para o período pré-operatório imediato e trans-operatório. O 2º.momento iniciou com a entrada do paciente no centro cirúrgico e finalizou com sua saída para a sala de recuperação anestésica. No 3º. momento o paciente foi recebido na sala de recuperação anestésica, reavaliado, revisado o plano e as intervenções, realizado os cuidados e transferido para a unidade de origem. No 4º. momento, foi realizada visita após cirurgia com o propósito de ouvir o paciente e sua família e avaliar o processo. As principais necessidades humanas básicas afetadas foram: segurança emocional, oxigenação, regulação térmica, atividade física, regulação vascular, integridade física, segurança física e comunicação. Os principais diagnósticos de enfermagem identificados foram: ***Medo; Ansiedade; Incapacidade para manter ventilação espontânea; Risco para alteração da temperatura corporal; Mobilidade no leito prejudicada; Capacidade de transferência prejudicada; Risco para débito cardíaco diminuído; Risco para alteração da mucosa oral; Risco para integridade da pele prejudicada; Risco para aspiração; Risco para infecção; Risco para lesão pelo posicionamento operatório, Comunicação prejudicada.*** A SAEP, ao focar a assistência de forma individualizada, participativa e continuada fortaleceu a relação entre paciente, família e enfermeiro ou enfermeira – estabelecimento do vínculo, fomentou o desenvolvimento da assistência direcionada a satisfação das necessidades e desejos do paciente, além de conduzir o enfermeiro ou enfermeira a avaliar constantemente o processo de trabalho e adequar o cuidado às necessidades individuais dos pacientes e familiares, provendo as condições de bem estar para que estejam bem e aptos ao exercício de sua autonomia e liberdade e contribuiu para o favorecimento da integralidade da atenção a saúde.

Palavras-chave: Enfermagem perioperatória, sistematização da assistência, necessidades humanas básicas

THIESEN, Michele, SYSTEMATIZATION OF PERIOPERATIVE NURSING CARE: A CONTRIBUTION TO THE WELFARE OF PATIENTS UNDERGOING SURGERY Dissertation (Master. in Nursing) – Post Graduation Course in Nursing, Federal University of Santa Catarina, Florianópolis, 104 p.

ABSTRACT

This is a convergent – healthcare study, carried out with patients undergoing surgery, during the perioperative period. It was carried out in a general hospital in the region of Vale do Itajaí, SC, Brazil. The hospital has 240 beds and a surgical center with 7 surgical rooms. The theoretical framework of Basic Human Needs was used, and the Systematization of Perioperative Nursing Care model. The objective was to develop the Systematization of Perioperative Nursing Care – SAEP in Portuguese, - seeking to meet the needs of patients undergoing surgery. The healthcare experiment consisted of the application of the Systematization of Perioperative Nursing Care in three women aged between 43 and 69, who were undergoing surgery for hiatus hernia, thyroidectomy and colectomy, under general anesthetic. The first occasion studied was the pre-surgery visit, by means of informal and semi-closed interviews with the patients and their families, observation and physical examination. At this point they had completed the nursing diagnoses, the healthcare planning and the list of nursing interventions for the immediate preoperative and transoperative periods. The second occasion concentrates on the nursing care during the transoperative period. In the third stage, the patient was received in the anesthetics recovery room, and the care plan and interventions were reevaluated, the care carried out, and the patient transferred to the unit of origin. In the fourth stage, a post-operative visit was made, to listen to the patients and their families and evaluate the process. The main basic human needs affected were: emotional security, oxygenation, thermal regulation, physical activity, vascular regulation, physical integrity, physical safety, and communication. The main nursing diagnoses identified were: *fear; anxiety; incapacity to maintain spontaneous ventilation; risk of alternations in body temperature; reduced mobility in bed; reduced transfer capacity; risk of reduced cardiac output; risk of alterations in oral mucosa; risk of skin damage; risk of aspiration; risk of infection; risk of wounds due to the operating position, lack of communication*. By focusing on healthcare in an individualized, participative and continuous way, the SAEP strengthened the relationship between patient, family and nurse – the establishment of bonds; promoted the development of care focused on satisfying the needs and wishes of the patient, and prompted the nurse to continually evaluate the work process and adjust the care to the individual needs of the patients and their families, providing conditions of well-being required for the patients to become well again, and able to exercise their freedom and autonomy. The care provided through SAPN also helped to promote the holistic nature of health care.

Key words: Perioperative nursing, systematization care, basic human needs.

THIESEN, Michele **SISTEMATIZACIÓN DE LA ASISTENCIA DE ENFERMERÍA PERIOPERATORIA: CONTRIBUCIÓN PARA EL BIENESTAR DE LA PERSONA INTERVENIDA** Disertación (Maestría en Enfermería) – Curso de Posgrado en Enfermería, Universidad Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 104 p.

RESUMEN

Se trata de un estudio convergente-asistencial, realizado con pacientes en condición de cirugía, durante el período perioperatorio, desarrollado en un Hospital General del Valle de Itajaí, SC, de 240 camas que posee un centro cirúrgico con 7 salas cirúrgicas. Fue utilizado el referencial teórico de las Necesidades Humanas Básicas y el modelo asistencial de la Sistematización de la Asistencia de la Enfermería Perioperatoria (SAEP), en la búsqueda de la satisfacción de las necesidades de la persona en condición de intervención. La experiencia del cuidado, consistió en la aplicación de la sistematización de la asistencia de la enfermería perioperatoria en tres mujeres con edades entre 43 y 69 años, sometidas a una corrección de hernia de hiato, tireoidectomía y colecistectomía realizadas con anestesia general. El primer movimiento fue la visita pre-operatoria, operacionalizada por medio de una entrevista informal y semi cerrada con el paciente y su familia, observación y examen físico. Contemplaron este momento, el establecimiento de los diagnósticos de enfermería, el planeamiento de la asistencia y la lista de intervenciones de enfermería para el período pre-operatorio inmediato y transoperatorio. El segundo momento concentra la asistencia de enfermería en el período transoperatorio. En el tercer momento el paciente fue recibido en la sala de recuperación anestésica revaluado el plano y las intervenciones, realizados los cuidados y transferido para la unidad de origen. En el cuarto momento, fue realizada una visita después de la cirugía, con el propósito de oír al paciente y su familia y evaluar el proceso. Las principales necesidades humanas básicas afectadas fueron: seguridad emocional, oxigenación, regulación térmica, actividad física, regulación vascular, integridad física, seguridad física y comunicación. Los principales diagnósticos de enfermería identificados fueron: **Miedo, ansiedad, incapacidad para mantener la ventilación espontánea; riesgo para la alteración de la temperatura corporal; movilidad en la cama, perjudicada; capacidad de transferencia perjudicada; riesgo para el débito cardíaco disminuido; riesgo para la alteración de la mucosa oral; riesgo de la integridad de la piel perjudicada; riesgo de aspiración; riesgo de infección; riesgo de lesión para el posicionamiento operatorio; comunicación, perjudicada.** La SAEP, al enfocar la asistencia de forma individualizada, participativa y continuada, fortaleció la relación entre paciente, familia y la enfermería. El establecimiento del vínculo, fomentó el desarrollo de la asistencia direccionada para la satisfacción de las necesidades y deseos del paciente; además de conducir la enfermería a evaluar constantemente el proceso de trabajo y adecuar el cuidado a las necesidades individuales de los pacientes y familiares, proveyendo las condiciones de bienestar para que estén bien y aptos para el ejercicio de su autonomía y libertad. La asistencia por medio de la SAEP también contribuyó para el favorecimiento de la integralidad de la atención a la salud.

Palabras-claves: Enfermería perioperatoria, sistematización de la asistencia, necesidades humanas básicas.

SUMÁRIO

1 INTRODUÇÃO.....	11
2 REVISÃO DE LITERATURA.....	16
2.1 Aspectos históricos da assistência ao paciente cirúrgico.....	16
2.2 O ambiente cirúrgico	17
2.3 O período perioperatório e a equipe de enfermagem.....	18
2.4 O cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico	19
3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO.....	24
3.1 Teoria das necessidades humanas básicas	24
3.1.1 Conceito de necessidade	25
3.1.2 Necessidades humanas básicas	25
3.1.2.1 Necessidades psicobiológicas	25
3.1.2.2 Necessidades psicossociais	26
3.1.2.3 Necessidades psicoespirituais	26
3.2 Conceitos	27
3.2.1 Ser humano – pessoa em condição de cirurgia/paciente	27
3.2.2 Saúde	27
3.2.3 Risco	28
3.2.4 Vulnerabilidade	28
3.2.5 Enfermagem	29

3.2.6 Enfermagem perioperatória	30
3.2.7 Ambiente cirúrgico	30
3.2.8 Integralidade	30
4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS.....	31
4.1 Tipo de estudo.....	31
4.2 Local de estudo	31
4.3 Sujeitos da pesquisa..	32
4.4 Procedimentos para coleta de dados	33
4.4.1 Sistematização da assistência de enfermagem perioperatória – SAEP	33
4.4.2 Etapas da SAEP	34
4.4.2.1 Avaliação pré-operatória	35
4.4.2.2 Assistência no trans-operatório	35
4.4.2.3 Assistência de enfermagem no pós-operatório imediato	36
4.4.2.4 Visita pós-operatória	36
4.5 Procedimento para a análise dos dados	37
4.6 Aspectos Éticos	37
5 PROCESSO ASSISTENCIAL	39
5.1 Período de adaptação	39
5.2 Teste dos instrumentos	39
5.3 Tentativa de operacionalização	40
5.4 Viabilização do processo	40
5.4.1 História da PACIENTE A	42
5.4.2 História da PACIENTE B	48
5.4.3 História da PACIENTE C	52
6 INTERPRETAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO CUIDADO	55
6.1 Contribuição da SAEP no atendimento das necessidades da pessoa em condição cirúrgica	55
6.2 Contribuição da SAEP para o estabelecimento do vínculo paciente- profissional	59
6.3 Contribuição da SAEP no respeito a autonomia do paciente	63
6.4 Contribuição da SAEOP no favorecimento da integralidade da atenção em saúde.....	65
7 CONSIDERAÇÕES FINAIS	67
8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	70
10 ANEXOS	73

1 INTRODUÇÃO

O cotidiano assistencial da equipe de saúde, essencialmente o da enfermagem, é marcado pelo relacionamento interpessoal, no qual cada pessoa possui sua individualidade, seus problemas e características únicas. Na tentativa de vencer o desafio de lidar com estas peculiaridades e diferenças observamos que o relacionamento interpessoal presente na prática da assistência de enfermagem vem sendo constantemente discutido em congressos da área da saúde e tem estado cada vez mais presente na literatura mundial e nacional.

Durante minha experiência de dez anos trabalhando como enfermeira assistencial em um Centro Cirúrgico, e, posteriormente como docente de um curso de graduação em enfermagem, tenho vivenciado questionamentos éticos, muitos dos quais relacionados ao distanciamento existente entre o profissional da saúde e o paciente¹ cirúrgico. A principal consequência deste distanciamento é que as decisões tomadas no cotidiano da prática não convergem para o atendimento das necessidades dos pacientes, e, conseqüentemente distancia-se ainda mais da possibilidade de construção e implementação da integralidade como princípio norteador da atenção à saúde.

Desde os anos 80 a integralidade em saúde vem sendo colocada como questão nas políticas governamentais, em programas de intervenção e em todo discurso do movimento sanitário (KELL, 2005).

A integralidade foi uma das “bandeiras de luta” do chamado Movimento Sanitário; é como um eixo norteador de novas formas de agir social em saúde; é vista não como um conceito, mas como um ideal regulador que se solidificou com a criação do Sistema Único de Saúde – SUS, o qual, institui uma política pública de saúde que visa à integralidade, à universalidade, ao aumento da equidade e à incorporação de novas tecnologias. (GOMES, 2005).

No entanto, ainda hoje, a questão da integralidade representa um dos maiores desafios nas práticas em saúde; um desafio cultural para romper com formas cristalizadas de se entender e realizar ações técnicas e que conformam padrões de intervenção médica ou em saúde já tornados tradição (KELL, 2005).

Apesar dos avanços acumulados no que se refere aos princípios norteadores da atenção à saúde, o sistema de saúde enfrenta, hoje ainda, adversidades como, por exemplo, a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais; fragmentação da rede assistencial; precária interação nas equipes e despreparo para lidar com a dimensão subjetiva nas

¹ Neste trabalho utilizo o termo paciente considerando-o como uma pessoa que padece, doente; que está sob cuidados de saúde (HOUAISS, 2001).

práticas de atenção; baixo investimento na qualificação dos trabalhadores; desrespeito aos direitos dos usuários; modelo de atenção centrado na relação queixa-conduta (BRASIL, 2004).

Da mesma forma, ainda hoje, a dinâmica da assistência de enfermagem ao paciente que necessita ser operado privilegia as atitudes de saúde fragmentadas, segmentadas e extremamente especializadas, distantes da visão de prática de saúde que busca compreender o conjunto das necessidades de saúde que um paciente apresenta nesta circunstância, que vai além da atenção individual curativa.

O processo de trabalho da enfermagem desenvolvido em centro cirúrgico permanece bastante voltado para a realização do ato anestésico-cirúrgico, prover os materiais, equipamentos e o pessoal necessário para sua realização, distante da assistência de enfermagem voltada ao atendimento das necessidades do paciente.

O centro cirúrgico é um local onde a maioria dos pacientes apresenta alto grau de vulnerabilidade relacionado à sua condição cirúrgica – procedimento anestésico e conseqüente perda da capacidade de responder por si próprio; trauma cirúrgico; decisão de operar ou não frente ao diagnóstico médico; falta de pessoas conhecidas; nudez; medo e ansiedade; só para citar alguns. Uma das principais implicações desta vulnerabilidade é a ameaça constante ao exercício de sua autonomia. Assim, se por um lado, a complexidade do centro cirúrgico atende as exigências impostas à manutenção da vida, por outro, aumenta temporariamente a vulnerabilidade e diminui o exercício pleno da autonomia.

O trabalho desenvolvido em centro cirúrgico é muito dinâmico, o ambiente físico frio e fechado parece estimular o silêncio e o distanciando entre a equipe e o paciente. A cirurgia em si é um fator de estresse para qualquer pessoa, assim o procedimento cirúrgico é freqüentemente acompanhado de alguma reação emocional do paciente, a qual pode ser mais ou menos evidente, compatível ou não com a situação (SANTOS; BACKES; VASCONCELOS, 2002; BRUNNER; SUDDARTH, 1999).

Para Ursi e Galvão (2006), inserido no processo complexo da prestação da assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico, encaixa-se o papel do enfermeiro. O papel do enfermeiro, no espaço social e técnico da unidade de centro cirúrgico, torna-se mais e mais complexo a cada dia, na medida em que necessita interligar os aspectos humanos, explicitados no atendimento ao paciente, enquanto indivíduo único em suas particularidades e simultaneamente às nuances do relacionamento interpessoal, normalmente dificultado em unidades de trabalho fechadas, estressantes e dinâmicas, nas quais os profissionais das mais variadas formações interagem e mutuamente se interdependem.

Paralelo a isso, o enfermeiro ainda deve assumir o papel de gerenciador das atividades cotidianas do ambiente de trabalho, para isso é necessário que desenvolva habilidades múltiplas,

tanto de fundamentação científica quanto do manuseio prático de materiais e equipamentos que se renovam e modificam continuamente (URSI e GALVÃO, 2006).

As dificuldades encontradas na assistência de enfermagem ao paciente de forma integral, tornam-se ainda mais potencializadas quando levamos em consideração a fugacidade do período perioperatório. O enfermeiro da unidade de centro cirúrgico, depara-se com um tempo limitado e reduzido para prestar a assistência de enfermagem, obrigando-o a definir claramente as prioridades que devem ser trabalhadas neste período.

Diante disso, a assistência de enfermagem ao paciente no período perioperatório demanda do enfermeiro ou enfermeira que assiste em um centro cirúrgico uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas deste indivíduo e de sua família. Para que haja tal visão há necessidade de conhecimento científico e domínio dos procedimentos, a fim de desempenhar as atividades de forma ordenada e sistematizada (THOMAZ; GUIDARDELLO, 2002).

No entanto, não se dispõe de uma técnica pré-determinada para se atingir uma assistência de enfermagem voltada para o bem estar – satisfação das necessidades do paciente, mas é preciso que haja um processo vivencial por meio do qual o enfermeiro ou enfermeira passa a assistir de forma individualizada, avaliando cada paciente com o propósito de tirar dúvidas, atender anseios, e facilitar a recuperação do ato anestésico-cirúrgico, de modo a favorecer o retorno as suas atividades cotidianas o mais breve possível e com o mínimo de dano (MEDINA; BACKES, 2002).

Deste modo, acredito ser por meio do processo de enfermagem² que o enfermeiro ou enfermeira será capaz sistematizar o atendimento no período perioperatório, garantindo a continuidade da assistência de enfermagem. É por meio da sistematização da assistência que o enfermeiro ou enfermeira identificará as necessidades humanas básicas dos pacientes e estabelecerá um fluxo de comunicação entre o paciente e enfermeiro ou enfermeira do centro cirúrgico, assim como entre as pessoas que atuam na unidade de internação cirúrgica e recuperação pós-anestésica. Além disso, a utilização do processo de enfermagem melhora a qualidade do cuidado e promove o desenvolvimento científico da Enfermagem.

Ciancarullo citado por Thomaz e Guidardello (2002) afirma que diversos autores desenvolvem o processo de enfermagem - sistematização da assistência de enfermagem - como uma adaptação do método científico, adotando um modelo teórico próprio. Para Horta (1979) o processo de enfermagem constitui-se de ações sistematizadas e inter-relacionadas praticadas de forma dinâmica que visam a assistência ao ser humano.

² Processo de enfermagem: É a adaptação do método científico, adotando um modelo teórico que prevê ações sistematizadas e inter-relacionadas visando a assistência ao ser humano, praticadas de forma dinâmica (HORTA, 1979)

O Conselho Federal de Enfermagem (COFEN) considera a Sistematização da Assistência de Enfermagem (SAE) “uma atividade privativa do enfermeiro, a qual utiliza método e estratégia científica das situações de saúde-doença que subsidia as ações de assistência de enfermagem para que possam contribuir com a promoção, prevenção, recuperação e a reabilitação da saúde do indivíduo, família e comunidade” (COFEN, 2002). Diante disto, a Resolução COFEN-272/2002, de agosto de 2002 resolve nos seus artigos 2º e 3º que “a implementação da SAE deve ocorrer em toda instituição de saúde, pública e privada, e que a mesma está composta de histórico de enfermagem, exame físico, diagnóstico de enfermagem, prescrição da assistência de enfermagem, evolução da assistência de enfermagem e relatório de enfermagem, que devem estar devidamente registrados no prontuário do paciente” (COFEN, 2002).

No ano de 1990, pensando especificamente em sistematizar a assistência prestada pela enfermagem perioperatória, Castellanos e Jouclas, duas pesquisadoras e enfermeiras da Universidade de São Paulo, propuseram um novo modelo conceitual de processo de trabalho para a assistência de enfermagem desenvolvida em centro cirúrgico, que foi chamado Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP. Desde a sua primeira definição até os dias de hoje a SAEP, como vem sendo chamada, favorece a garantia da qualidade da assistência, uma vez que tem como objetivos: ajudar o paciente e sua família, a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto e suas conseqüências, assim como, diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica e colaborar na consecução dos procedimentos (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990).

E é preciso ressaltar também, os traços de semelhança entre a SAEP e o princípio da integralidade, se considerarmos que a integralidade implica em recusa ao reducionismo; recusa à objetivação dos sujeitos; propõe a abertura para o diálogo; propõe ações resultantes da interação dos atores da assistência de saúde, e, que a SAEP implica em aproximação do enfermeiro ou enfermeira do centro cirúrgico com a pessoa em condição cirúrgica a fim de favorecer a troca saberes a partir da identificação das necessidades, desejos e interesses; favorecer a construção de redes solidárias e interativas, evitando a fragmentação do processo de trabalho e das relações entre os diferentes profissionais envolvidos no ato anestésico-cirúrgico UNIDADE – CENTRO CIRÚRGICO – UNIDADE DE TERAPIA INTENSIVA – UNIDADE; favorecer a educação em saúde, promovendo assim a autonomia do sujeito para participar das decisões a respeito do tratamento adotado.

Destacamos também, que um dos propósitos da sistematização é conferir cientificidade ao desenvolvimento da Enfermagem como profissão. Isso implica no fazer acompanhado do saber, desenvolvendo o pensamento crítico também para a obtenção de soluções de problemas e tomada de decisões. Avaliar, diagnosticar problemas e alterações, prescrever e realizar cuidados proporciona à

enfermagem um melhor reconhecimento profissional, motivando ainda mais o trabalho dos enfermeiros e enfermeiras do Centro Cirúrgico (THOMAZ; GUIDARDELLO, 2002). A sistematização auxilia a definição do seu papel profissional e do seu espaço de atuação, além de harmonizar aspectos fundamentais da prática cotidiana: intuição, organização e sistematização.

Considerando o que foi dito até aqui, a proposta norteadora deste dissertação baseia-se no pressuposto de que a *Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatório – SAEP contribui para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica*.

Assim, para nortear meu projeto de trabalho coloco a seguinte questão problema norteadora:

- ***De que modo à sistematização da assistência de enfermagem perioperatória pode contribuir para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica?***

Para responder tal questão defini os seguintes objetivos

Objetivo final

- Desenvolver a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP na busca da satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica.

Objetivos operacionais

- Prestar assistência a pessoas submetidas à cirurgia tendo como guia o marco conceitual e a sistematização da assistência de enfermagem nas diversas fases do período perioperatório.
- Analisar o processo de implementação da sistematização da assistência de enfermagem - SAEP em termos de satisfação das necessidades humanas básicas e bem estar.

2 REVISÃO DE LITERATURA

2.1 Aspectos históricos da assistência ao paciente cirúrgico

A história da cirurgia tem registros que datam de cerca de 4.000 anos, nos primórdios da história da humanidade. Evoluiu ora vagarosamente, ora com mudanças repentinas e inesperadas, contando com a contribuição de homens célebres tais como Hipócrates, Pasteur, Lister, Billroth, Kocher, Halsted, Carref e, mais recentemente, Starzl, Dudrick e Momet. (MARQUES, 2001, p.1).

Até o século XVIII, embora existisse a ocorrência de procedimentos cirúrgicos como por exemplo ajustamento de fraturas, amputações e trepanagens cranianas, estes não obtinham êxito e os pacientes acabavam morrendo por hemorragias e infecções (ALVES apud BENEDET, 2002).

A partir do século XIX a introdução dos conceitos de anti-sepsia por Semmelweis e Lister, e as preocupações e reflexões de Florence Nightingale sobre as condições de higiene nos hospitais proporcionaram a realização de cirurgias com maior segurança e redução acentuada da infecção operatória (ALVES apud BENEDET, 2002; MARQUES, 2001).

O advento da anestesia foi outro marco fundamental que criou o potencial para muitos procedimentos novos, difíceis e muito necessários. Em 1842, o médico americano Crow Ford Long, realizou a primeira administração de vapores de éter com finalidade cirúrgica e Willian Morton administrou publicamente éter a um paciente operado por John Collins Warren, no Massachutes General Hospital (MARQUES, 2001).

Nas primeiras décadas do século XX, a preparação do paciente para cirurgia iniciava com a indicação do procedimento. O paciente tomava sol, fazia uma hiperalimentação, tomava banhos freqüentes e repousava por períodos maiores que o convencional para o preparo do corpo. O trabalho da enfermagem nesta época concentrava-se na escolha do quarto da casa que seria usado para a realização do procedimento, no preparo do material e instrumentos, em acalmar o paciente, assim como colher sua história pessoal e familiar (MEEKER e ROTHROCK, 1997).

Com a afiliação dos médicos aos hospitais nas décadas de 20 e 30, um modelo mínimo de preparo pré-operatório do paciente foi introduzido. Os manuais de enfermagem sobre os cuidados com paciente cirúrgico incluíam a anatomia normal e fisiologia, fisiopatologia, tratamento clínico e cirúrgico e as intervenções de enfermagem, mesmo que ainda voltadas ao preparo da sala de cirurgia e dos instrumentais (MEEKER e ROTHROCK, 1997).

A partir da década de 40, os cuidados de enfermagem aos pacientes cirúrgicos impulsionados por inúmeras descobertas científicas na área da saúde sofreram alguns ajustes. A

educação do paciente tornou-se parte da preparação no pré-operatório, as necessidades individuais foram enfatizadas e a preparação psicológica foi amplamente reconhecida.

Segundo Potter e Perry (1999) os enfermeiros que trabalharam nas primeiras salas de operação limpavam as salas e os equipamentos, realizavam tarefas técnicas, como coletar amostras, e, ocasionalmente, acompanhavam o paciente até a área cirúrgica para prestar cuidado de enfermagem. No entanto, em 1956, nos Estados Unidos, a *Association of Operating Room Nurses - AORN* foi criada para avançar no conhecimento dos princípios cirúrgicos e explorar os métodos que melhoram o cuidado de enfermagem aos pacientes cirúrgicos.

Na história do cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico, deparamo-nos com ambientes repletos de equipamentos e acessórios incrementados que nos obrigam a dominar a forma de operar tantos equipamentos, transferindo muitas vezes a atenção de enfermagem ao tratamento e não ao paciente a ser tratado.

Neste sentido, Tramontine *et al.* (2002) afirmam que é preciso um esforço de adequação a estas tecnologias sem perder a essência do trabalho de enfermagem que é o cuidado. A abordagem principal do contexto assistencial sempre esteve centralizada no cuidado de enfermagem perioperatório. Para tanto o paciente não pode ser considerado apenas como um ser estritamente biológico, mas também como um ser psíquico, histórico, social, que se constrói em suas relações com outros e com o mundo.

Conforme Benedet (2002) a evolução tecnológica tem diminuído a mortalidade e aumentado a qualidade de vida das pessoas, porém é imprescindível que se utilize a tecnologia como um instrumento de cuidado do paciente, e não como forma de distanciamento da equipe de saúde de seus pacientes. Ainda para a mesma autora, uma das principais consequências deste avanço é que o paciente cirúrgico fica cada vez mais exposto a ambientes estranhos e desconcertantes; equipamentos complexos; pessoas estranhas; procedimentos estressantes, invasivos e por vezes embaraçosos; entre outros. Estes fatores podem acrescentar novos problemas de saúde àqueles já enfrentados por pacientes no período perioperatório e aumentar sua vulnerabilidade.

2.2 O ambiente cirúrgico

O centro cirúrgico é uma área física do hospital que tem finalidade de subsidiar o ato terapêutico - a cirurgia – oferecendo condições para que a equipe médica e de enfermagem possam planejar a satisfação das necessidades dos pacientes antes, durante e após a cirurgia. Possui equipe multiprofissional; equipamento; e, material de consumo adequados à execução do processo cirúrgico (RODRIGUES e SOUSA, 1993).

Para Galvão (1991) o centro cirúrgico é um dos mais complexos setores hospitalares e suas finalidades principais são: realizar intervenções cirúrgicas no paciente e após retornar o mesmo à unidade de origem na melhor condição possível de integridade; servir de campo de estágio para o aprimoramento de recursos humanos; e, servir de unidade de pesquisa e aprimoramento de novas técnicas cirúrgicas e assépticas.

No entender de Parra e Saad (1988), o centro cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos que o tornem apto à prática da cirurgia. Integram-no, um número variável de salas de cirurgia e todo um conjunto de instalações acessórias, como o centro de material com seus vários setores (expurgo, preparação de material, esterilização, arsenal, setor de roupas, setor de controle e secretaria), vestiário e lavabos, sala de recuperação e algumas outras, dependendo do porte do hospital (PARRA e SAAD, 1988). Deve localizar-se centralmente, num lugar de fácil acesso, porém longe dos corredores e áreas de muita circulação (MARQUES e PEPE, 2001).

Por se tratar de um ambiente desconhecido para o paciente, e com características diferentes daquelas encontradas nas unidades de internação, constitui-lhe fator de ansiedade, principalmente se ele ou ela estiver enfrentando a experiência cirúrgica pela primeira vez. As características que o diferem variam desde a planta física, equipamentos e aparelhos, atividades específicas desenvolvidas até a utilização de roupa própria, privativa para o local pelas equipes. Tudo isto pode gerar insegurança, dificuldade na comunicação e sentimentos de não individualização do paciente. Na maioria das vezes, todos estes aspectos podem passar despercebidos aos componentes da equipe de saúde, para os quais o ambiente de centro cirúrgico é familiar e a execução de tais procedimentos é rotineira (RODRIGUES e SOUSA, 1993).

Nesse complexo arquitetônico não podemos deixar de lembrar a presença de dois grupos de pessoas envolvidos diretamente no ato operatório; de um lado o paciente e sua família e, de outro a equipe de saúde que lhes presta assistência.

O paciente está sujeito ao medo, a ansiedade, ao desconhecido e ao estresse de uma cirurgia. Os familiares julgam que seu parente-paciente tem necessidades particulares e problemas cirúrgicos peculiares e não se sentem bem quando são tratados de forma impessoal e rotineira. Assim, cabe à equipe demonstrar competência para cuidar do paciente e sua família (SOBECC, 2000).

2.3 O período perioperatório e a equipe de enfermagem

O período perioperatório compreende o tempo total em que o paciente fica aos cuidados da equipe cirúrgica, desde o primeiro contato até sua alta definitiva. Pode variar de algumas horas até

alguns anos e, em circunstâncias especiais, para o resto da vida. As três fases que o compõe são: pré-operatório, trans-operatório e pós-operatório (PITREZ e PIONER, 1999).

A assistência de enfermagem ao paciente no período perioperatório demanda do enfermeiro ou enfermeira do centro cirúrgico uma visão integral e continuada das necessidades humanas básicas afetadas deste indivíduo e de sua família, e para tanto necessita ter conhecimento científico e domínio dos procedimentos, a fim de desempenhar suas atividades de forma ordenada e sistematizada (THOMAZ e GUIDARDELLO, 2002).

A equipe de enfermagem é composta por enfermeiros, técnicos e auxiliares de enfermagem. Os dois últimos têm formação de nível médio e devem ter treinamentos específicos para atuação no centro cirúrgico, central de materiais e esterilização e sala de recuperação pós-anestésica (SOBECC, 2000).

No decorrer do ato operatório a equipe de enfermagem deve estar atenta as reações do paciente; atendendo-o e dialogando com ele ou ela para assegurar sua tranquilidade no período pós-operatório (GHELLERE; ANTONIO e SOUZA, 1993).

Dentre as funções exercidas pelos enfermeiros e enfermeiras estão a responsabilidade pela assistência e organização centro cirúrgico, central de material e esterilização, e sala de recuperação pós-anestésica. Entre suas atribuições gerais estão receber plantão e fazer relatórios todas as intercorrências durante o turno.

Os enfermeiros e enfermeiras são responsáveis pela implementação e coordenação da assistência de enfermagem prestada na unidade de centro cirúrgico; orientar, supervisionar e avaliar o uso adequado de materiais e equipamentos; participar da integração e coordenação do trabalho do centro cirúrgico em consonância com os demais setores da instituição; implementar programas de melhoria da qualidade do serviço prestado; desenvolver o sistema de assistência de enfermagem ao paciente no perioperatório (SOBECC, 2000).

O enfermeiro é o profissional habilitado para coordenar o desenvolvimento do ato cirúrgico em todas as suas etapas, tendo como objetivo possibilitar o transcorrer do ato anestésico-cirúrgico dentro de um ambiente seguro, confortável asséptico com menor risco de intercorrências para o paciente e para a equipe de saúde (SOBECC, 2000).

2.4 O cuidado de enfermagem ao paciente cirúrgico

Defini-se como paciente cirúrgico aquele cujo tratamento implica um ato operatório. Essa terapia por si só representa uma agressão orgânico-psíquica, embora controlada, o que confere a esse tipo de paciente algumas características que o diferenciam daquele submetido a tratamento

clínico. O trauma operatório representa, portanto, maior ou menor risco de vida, o que exige cuidado individualizado (PITREZ e PIONER, 1999).

A cirurgia seja ela eletiva ou de emergência, é um evento estressante e complexo para o paciente. Ele ou ela pode sentir altos níveis de ansiedade os quais, por si só, são desagradáveis, e podem, inclusive, provocar à suspensão da cirurgia ou até mesmo a morte daqueles pacientes de maior risco. A ansiedade sentida pelos pacientes é conseqüente à situação de conflito – ter de operar *versus* não querer operar – incerteza e sensação de perda de controle da situação (FERNANDES, 1995).

Ainda para o mesmo autor, o rompimento do estilo de vida é sentido também pelos familiares; a hospitalização e o período de recuperação no domicílio podem ser longos, retardando o retorno do paciente a vida habitual e produtiva.

Durante a realização da revisão da literatura, a maioria dos trabalhos encontrados relacionados à Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAEP, esteve direcionada a destacar a importância da utilização deste modelo de trabalho, a percepção dos enfermeiros e enfermeiras sobre esta modalidade assistencial, as dificuldades encontradas, enfim o detalhamento sobre a aplicação prática do modelo conceitual.

A sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é um tema relevante na enfermagem, apesar da escassez de estudos na literatura nacional. A implantação de um método para sistematizar a assistência de enfermagem deve ter como premissa um processo individualizado, holístico, planejado, contínuo, documentado e avaliado; esse método deve facilitar a prestação da assistência ao paciente como um ser único, com sentimentos e necessidades únicas, permitindo uma participação ativa e tendo como objetivo principal a visão global do ser humano (PICCOLLI; GALVÃO, 2001).

A continuidade da assistência iniciada com a visita de enfermagem deve ser obtida pelo planejamento e implementação da assistência no período trans-operatório, compreendendo a avaliação pré-operatória, trans-operatória, e a pós-operatória de enfermagem (PICCOLLI; GALVÃO, 2001).

Para a utilização da sistematização da assistência o enfermeiro deve levar em consideração dois componentes básicos: um modelo conceitual que norteará a coleta de dados para identificar os diagnósticos de enfermagem e a conseqüente implementação do plano de cuidados; outro componente refere-se ao conhecimento cognitivo e afetivo necessários ao atendimento do paciente com necessidades afetadas devido ao procedimento anestésico-cirúrgico (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990).

Um dos primeiros artigos publicados abordando a relevância da visita pré-operatória foi publicado pela Revista Paulista de Enfermagem por Bianchi e Castellanos (1983), com a proposta de subsidiar a implantação desta metodologia através de uma resenha da literatura estrangeira a respeito do tema.

Silva *et al* (1995) apresentaram uma proposta de Sistematização da Assistência de enfermagem no período pré-operatório e destacaram a importância do processo de trabalho sistematizado.

No ano de 1999, Pellizzetti e Bianchi, publicavam um primeiro relato referente os cinco anos da implantação da visita pré-operatória de enfermagem em um hospital universitário da cidade de São Paulo. Neste artigo foi destacado que a visita pré-operatória integrava a SAEP, desde sua implantação, sendo que a impossibilidade do enfermeiro em sair da unidade cirúrgica foi uma das principais causas de ausência da visita, porém, os enfermeiros identificaram a importância da realização da mesma, pois através da visita conseguiam constantemente reavaliar a assistência, ajustando os procedimentos e otimizando as possibilidades do serviço.

Thomaz e Guidardello (2002), realizaram estudo com enfermeiros de um hospital escola do interior do estado de São Paulo com objetivo de identificar os problemas apresentados quanto à operacionalização da Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAE, observaram que os enfermeiros relatavam como principal fator para não realização da SAE a falta de prática no planejamento da assistência, porém, a maioria dos enfermeiros, destacou a importância da SAE como metodologia de trabalho que avalia e controla a assistência, qualifica o pessoal, incorpora filosofia e objetivos assistenciais, analisa o papel do enfermeiro e proporciona organização na administração de recursos humanos e materiais. Ressaltaram também que, para que a SAE tenha efetividade, deve haver um íntimo contato com a educação continuada a fim de proporcionar constante reflexão e avaliação da práxis.

Estudo realizado por Campos *et al.* (2000) com enfermeiros de centro cirúrgico de um hospital escola, também no interior paulista, teve como objetivo verificar o conhecimento destes enfermeiros em relação à Sistematização da Assistência de Enfermagem – SAEP, bem como a opinião dos mesmos quanto à viabilidade de implantação. Dentre os resultados encontrados observaram que a maioria dos enfermeiros não recebeu informações sobre SAEP durante a graduação, no entanto, a considera essencial no planejamento da assistência e a principal condição limitante da implantação é o escasso número de enfermeiros das unidades cirúrgicas.

Encontramos na literatura trabalhos voltados à importância da implementação da Sistematização da Assistência de Enfermagem.

Toledo (2004) em sua dissertação de mestrado procurou enfatizar a importância da SAE para o conhecimento das condições de saúde física e emocional dos pacientes psiquiátricos em um serviço de reabilitação psicossocial, sendo a coleta das informações baseada nos padrões das

reações humanas proposta pela *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*.. Neste estudo o autor destaca entre seus resultados que o processo proposto promove a atuação mais eficaz do enfermeiro e vislumbra uma práxis mais abrangente na área da saúde ao passo que possibilita melhor conhecimento daquele a quem o enfermeiro direciona o seu cuidado.

Com o objetivo de conhecer o processo de implantação da SAE, as facilidades e dificuldades relatadas pelos enfermeiros durante a implantação, David (2002) defendeu em sua dissertação de mestrado que os enfermeiros reconhecem a importância da sistematização, no entanto apresentam sérias dificuldades para operacionalizá-la. Citam como vantagens da sistematização da assistência a valorização profissional, o desenvolvimento da profissão e o compromisso com a qualidade da assistência. No entanto, a falta de tempo para se dedicar à assistência em virtude das exigências administrativas inerentes ao cargo de enfermeiro, foi um dos principais motivos identificados pelos mesmos.

Cunha (2003) discutiu a implantação da SAE em um hospital privado nas unidades de clínica médica e cirúrgica, seguindo o referencial proposto por Wanda Horta para a coleta de dados. Entre as principais dificuldades encontradas para a implantação do modelo proposto o referido trabalho cita: ausência do desenvolvimento de todas as fases do processo, presença forte do modelo biomédico e epidemiológico.

Na literatura também pudemos encontrar estudos reacionados à identificação dos diagnósticos de enfermagem mais comuns durante o período perioperatório, como descrevemos a seguir.

Martins (2003) procurou identificar quais as características que definem o diagnóstico de enfermagem: desobstrução ineficaz das vias aéreas e as principais intervenções de enfermagem prescritas por enfermeiros para este diagnóstico em um hospital do estado de São Paulo. A característica definidora que prevaleceu neste trabalho foi a tosse ineficaz, o fator relacionado que mais se repetiu foi o de imobilidade no leito e as intervenções de enfermagem que foram propostas na maioria dos casos foi de aumentar ingesta hídrica, mobilização precoce no leito e estimular tosse e expectoração.

Silva (2003) apresenta os principais diagnósticos de enfermagem identificados no período pós-operatório imediato de pacientes submetidos a cirurgia bariátrica, internados em um Centro de Tratamento Intensivo, na cidade de Belo Horizonte, Minas Gerais. Entre os resultados apresentaram a ocorrência de vinte diagnósticos de enfermagem, em sete domínios e onze classes.

Identificar a frequência e a significância estatística dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório de pacientes submetidos a cirurgia cardíaca valvar eletiva foi o objetivo da dissertação de mestrado defendida por Carvalho (2003) pela Universidade Federal de Ceará.

Rossi *et al* (2000), procuraram identificar os diagnósticos de enfermagem mais frequentes no período pós-operatório imediato segundo a Taxonomia I da *North American Nursing Diagnosis Association – NANDA*.

Piccolli e Galvão (2001) identificaram o diagnóstico de enfermagem: risco para infecção como sendo o diagnóstico que mais aparecia durante a realização de visita pré operatória a pacientes que seriam submetidos a cirurgia geral.

A literatura pesquisada também evidenciou um trabalho com proposta de discussão a respeito da utilização do modelo conceitual de trabalho da enfermagem perioperatória, proposto por Castellanos e Jouclas (1990), a Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP, a luz da teoria das necessidades humanas básicas, que foi realizado por Ribeiro (2004) com o objetivo de desenvolver uma proposta de sistematização e humanização no centro cirúrgico baseada na teoria das necessidades humanas de Wanda Horta, em um hospital universitário do estado de Santa Catarina.

Por fim, não foram evidenciados na fase de revisão de literatura, trabalhos que relacionam reflexões a respeito da utilização da sistematização da assistência de enfermagem como instrumento para o alcance do bem estar e satisfação das necessidades humanas básicas

3 REFERENCIAL TEÓRICO FILOSÓFICO

3.1 Teoria das Necessidades Humanas Básicas

A Teoria das Necessidades Humanas Básicas foi desenvolvida por Wanda Horta, durante

as décadas de 1960 e 1970 a partir da teoria da Motivação Humana de Abraham Maslow. Desde então este tem sido o modelo teórico mais conhecido e utilizado na Enfermagem Brasileira (HORTA, 1979).

Wanda de Aguiar Horta foi a primeira enfermeira brasileira a falar sobre teoria de enfermagem. Iniciou seu trabalho pelo estudo do processo de enfermagem, desenvolvendo em 1968, um método de observação sistematizada dos aspectos físicos do cuidado. Em 1970, publicou, na Revista Brasileira de enfermagem, o artigo “Contribuição para uma teoria sobre enfermagem”. Continuou aperfeiçoando o processo de enfermagem e em 1979, publicou o livro “Processo de Enfermagem”, contendo a teoria das Necessidades Humanas Básicas e sua sistematização (BENEDET, 2002).

Os conceitos, pressupostos, princípios e principalmente a sistematização da sua teoria, contêm elementos importantes para se consiga prestar uma assistência de enfermagem mais individualizada e integral ao ser humano.

Wanda Horta (1979) partiu do pressuposto que as necessidades são universais, porém, a forma de manifestação e de satisfação varia de uma pessoa para outra, conforme idade, sexo, cultura, escolaridade, fatores sócio-econômicos, o ciclo saúde-enfermidade, o ambiente, entre outros. A teórica, apesar de citar a teoria da Motivação Humana de Maslow (1970) preferiu adotar classificação de necessidades proposta por João Mohana (1964) denominando-as de necessidades psicobiológicas, psicossociais e psicoespirituais, introduzindo ainda, em cada nível subgrupos de necessidades de forma a ajustar este modelo para a prática assistencial de enfermagem.

Benedet (2002) sugere, no entanto, que devido ao pouco tempo em que a teórica teve para desenvolver sua teoria, seus conceitos devam ser mais bem trabalhados, articulados com o novo paradigma de saúde e ser humano, tornando este referencial melhor compreendido e assim incorporado pelas enfermeiras e enfermeiros.

Diante disso, Benedet e Bub (2001) propõem o referencial teórico das Necessidades Humanas Básicas relacionados à classificação diagnóstica da NANDA.

3.1.1 Conceito de Necessidade

Genericamente o termo necessidade é entendido como “qualidade ou caráter necessário”, “exigência”. Necessário é o que “não se pode dispensar” Necessidade indica ainda uma contingência, uma exclusividade (BENEDET; BUB, 2001).

Filosoficamente uma necessidade pode expressar diferentes fenômenos. Primeiro, pode indicar um estado de deficiência ou de diferença. Segundo, pode referir-se a um estado de tensão no organismo, o qual é considerado como uma motivação ou uma força que impele para um determinado comportamento. Terceiro, pode referir-se a alguma coisa que é necessitada, e, neste caso, uma necessidade é expressa pelo objeto que é necessitado (BENEDET; BUB, 2001).

Liss *apud* Benedet & Bub (2001) afirma ainda que é a desejabilidade ou o valor atribuído ao objetivo de uma necessidade que oferece maior ou menor força à mesma e portanto, ajuda a priorizar a satisfação desta ou daquela necessidade.

Para Benedet & Bub (2001) as discordâncias sobre necessidades não são incomuns e é por este motivo que estamos freqüentemente divergindo sobre quais as melhores condutas para satisfazê-las .

Ainda para as mesmas autoras, as distinções e as inter-relações entre os componentes das necessidades nos ajudam não só a identificá-las, como também a compreendê-las em suas dimensões.

A utilização do conceito de necessidades na assistência de enfermagem, requer que alguns critérios sejam estabelecidos a fim de identificar aquelas necessidades consideradas mais importantes, pois não é possível satisfazer toda e qualquer necessidade ou desejo que as pessoas tenham. É por esta razão que é comum classificar necessidades de acordo com a importância de seus objetivos e propósitos da sua satisfação (BENEDET; BUB, 2001).

Cecílio (2001) organiza as necessidades em quatro grandes conjuntos: ter boas condições de vida; ter acesso e poder consumir toda tecnologia de saúde capaz de melhorar e prolongar a vida; criação de vínculos entre usuário e profissional de saúde e a ter graus crescentes de autonomia no seu modo de levar a vida.

Para este trabalho será considerada a satisfação das necessidades como o alcance do bem estar-estar bem.

3.1.2 Necessidades Humanas Básicas

Segundo Benedet e Bub (2001) as necessidades humanas básicas são classificadas em :

3.1.2.1 NECESSIDADES PSICOBIOLOGICAS

Regulação neurológica;

Percepção: olfativa, visual, auditiva, tátil, gustativa, dolorosa;

Oxigenação;

Regulação vascular;

Regulação térmica;

Hidratação;

Alimentação;

Eliminação;

Integridade física;

Sono e repouso;

Atividades físicas;

Cuidado corporal;

Segurança física/meio ambiente;

Sexualidade;

Regulação: crescimento celular;

Terapêutica.

3.1.2.2 NECESSIDADES PSICOSSOCIAIS

Comunicação;

Gregária;

Recreação e lazer;

Segurança emocional;

Amor, aceitação;

Auto-estima, autoconfiança, auto-respeito;

Liberdade e participação;

Educação para a saúde/aprendizagem;

Auto-realização;

Espaço;

Criatividade.

3.1.2.3 NECESSIDADES PSICOESPIRITAIS

Religiosidade/ espiritualidade.

Horta (1979) ressalta que as necessidades são inter-relacionadas e fazem parte de um todo indivisível do ser humano de tal forma que, quando qualquer uma se manifesta, todas elas sofrem

algum grau de alteração. Deste modo, as prioridades para a assistência de enfermagem têm de ser ajustadas sistematicamente. Conforme a satisfação de certas necessidades, novas necessidades surgem, exigindo do paciente e profissional uma nova abordagem em termos de prioridade.

3.2 Conceitos

3.2.1 Ser Humano - *pessoa em condição cirúrgica/paciente*

O ser humano como *pessoa ou paciente* em condição cirúrgica é multidimensional, total e indivisível. Basicamente, possui quatro dimensões: biológica, psicológica, social e espiritual. A totalidade e a indivisibilidade do ser humano é caracterizada pela impossibilidade de redução destas dimensões a nenhuma dimensão exclusiva (BENEDET, 2002). Estas dimensões e suas respectivas necessidades se relacionam de modo que cada uma delas possa gerar necessidades humanas básicas.

O equilíbrio dinâmico entre as dimensões da natureza humana e suas respectivas necessidades confere ao ser humano habilidades para realizar as *atividades básicas da vida diária* – ABVDs - satisfazendo as necessidades mais elementares vinculadas ao cuidado pessoal, enquanto que as *atividades instrumentais da vida diária* – AIVDs estão mais relacionadas com as necessidades psicossociais e mais vinculadas ao cuidado do lar (NORDENFELT; BUB, 1999). As necessidades psicossociais são menos fundamentais à sobrevivência, mas igualmente importantes para a qualidade de vida dos seres humanos. Exemplos de necessidades psicobiológicas são as necessidades de oxigenação – a mais fundamental; a - hidratação, alimentação, eliminação, sono, repouso, cuidado corporal, segurança física. Exemplos de necessidades psicossociais são as necessidades de comunicação, gregária, recreação e lazer, segurança emocional, entre outras. (BENEDET, 2002).

3.2.2 Saúde

A saúde deve ser pensada como a possibilidade de ficar doente e de poder recuperar-se. Implica em segurança contra os riscos, audácia para corrigi-los e possibilidade de superar nossas capacidades iniciais (CANGUILHEM citado por CAPONI, 2003).

O conceito de saúde deve ser capaz de contemplar e integrar nossa capacidade de administrar de forma autônoma a margem de risco, de tensão, de infidelidade e, por que não dizer, de mal estar com que inevitavelmente devemos conviver (CAPONI, 2003).

A fim de tornar a noção de saúde mais operativa e afinada com a proposta deste trabalho, optei por me basear no conceito de saúde de Nordenfelt (2000). Para ele a *saúde* é a capacidade - conjunto de habilidades - da pessoa para realizar seus objetivos vitais de acordo com circunstâncias aceitas. Ser saudável depende da capacidade de realização dos planos individuais que cada um

determina para sua própria vida. É uma relação de equilíbrio entre habilidades da pessoa e seus objetivos vitais (NORDENFELT, 1993). O que é *vital* em nossas vidas é freqüentemente determinado por preferências individuais e valores culturais específicos (NORDENFELT, 1987). *Circunstâncias aceitas* são aquelas situações que não são extremas, nas quais, na maioria das vezes, nós temos a capacidade para fazer o que queremos. Elas variam de acordo com o local, tempo e cultura (NORDENFELT, 1987).

Dentre os fatores que tendem a comprometer a saúde do ser humano em condição cirúrgica podemos citar as doenças, os traumas - a cirurgia como trauma intencional - extremos de idade, más condições de vida, defeitos, entre outros.

A cirurgia aqui é tomada ucomo fator que tende a diminuir temporariamente ou definitivamente a capacidade das pessoas para fazer o que desejam – realizar objetivos vitais e o ambiente cirúrgico como uma situação extrema – anestesia, ato operatório – durante a qual não podemos fazer o que queremos.

3.2.3 Risco

A dimensão múltipla da 'relatividade' do risco é um construto produzido em uma época particular, especificada como tardo-modernidade; a categoria está ligada a determinada visão do mundo e do que é a experiência humana, de modo a influenciar os correspondentes enfoques teóricos, conceituais e metodológicos adotados em sua produção, com ênfase em seu caráter probabilístico e respectivas conseqüências; as pessoas lidam e percebem seus riscos e dos outros de modos variados. Os riscos envolvem aspectos que ultrapassam os saberes científicos e mesclam dimensões simultaneamente biológicas, psicológicas, sócio-culturais (CASTIEL, 1996).

Ainda para o mesmo autor, viver hoje em dia implica em assumir modos ou padrões de exposição a determinados riscos, individualizados ou coletivos, escolhidos ou não. O risco constitui as bases preditivas e legitimadoras para medidas de prevenção em saúde.

Para Castiel *apud* Caponi (2003) a transformação sofrida pelo conceito de risco auxiliou no deslocamento das intervenções curativas e terapêuticas para “um gerenciamento administrativo preventivo das populações de risco”.

3.2.4 Vulnerabilidade

O termo vulnerabilidade designa, em sua origem, grupos ou indivíduos fragilizados, jurídica ou politicamente, na promoção, proteção ou garantia de seus direitos de cidadania (AYRES *et al*, 2003).

Ainda para os mesmos autores, o conceito de vulnerabilidade pode ser resumido como esse movimento de considerar a chance de exposição das pessoas ao adoecimento como resultante de um conjunto de aspectos não apenas individuais, mas também coletivos, contextuais que acarretam maior suscetibilidade ao adoecimento e maior disponibilidade de recursos para se proteger.

O conceito de vulnerabilidade, agora, passa a designar, em termos gerais, condições de maior ou menor fragilidade de grupos populacionais de modo a incluir e enfatizar as dimensões sócio-político-econômicas, para além de aspectos comportamentais de indivíduos considerados 'soltos', isto é, extrínsecos a seus contextos societários. Uma mescla de fatores interligados, de graus diferenciados e pertencentes a níveis hierárquicos distintos podem, então, contribuir para a redução ou para a elevação do risco (CASTIEL, 1996).

A proposta do emprego do termo vulnerabilidade expõe a necessidade de avançar para além da abordagem das estratégias de redução de risco para ações intersetoriais, tais como: saúde, educação, bem estar social, cultural, etc (AYRES *et al*, 2003).

3.2.5 Enfermagem

É a ciência, tecnologia e arte de assistir os seres humanos - pessoa, família, coletividade - no atendimento de suas necessidades humanas básicas, ajudá-los a melhorar sua condição de saúde e conferir qualidade de vida por meio do ensino do autocuidado, prevenção de má-saúde e cuidado de enfermagem (BUB; LISS, 2004).

A Enfermagem como ciência tem como objetivo principal a produção conhecimento novo, freqüentemente para uso prático. Porém, o critério de sucesso da pesquisa científica não é determinado pelo uso prático e, sim, pelo valor explanatório de teorias, sua capacidade de síntese e sobrevivência à crítica (NORDIN, 1996, p.56).

Como tecnologia a Enfermagem tem o objetivo de produzir técnicas úteis. Uma técnica é um processo artificial, método, ferramenta ou procedimento criado com a intenção de resolver problemas práticos, e que pode ser usada repetidamente. O critério de usabilidade de uma tecnologia é dependente do julgamento do potencial usuário; não pode ser decidida somente por critérios internos ou pelo *expert* em tecnologia. É um pacote de ações que pode ser comprado e vendido (NORDIN, 1996).

A arte da Enfermagem tem o objetivo de *melhorar a saúde, satisfazer necessidades e promover bem estar*. Embora seja esperado que um enfermeiro ou enfermeira *expert* tenha competência científica e tecnológica, só esta competência não é suficiente. É preciso sensibilidade para identificar necessidades individuais e propor intervenções. Para tanto, é necessário um

relacionamento de abertura para o outro no qual a compreensão mútua e a decisão compartilhada são elementos fundamentais (BUB & LISS, 2004).

3.2.6 Enfermagem Perioperatória

É a assistência de enfermagem praticada nos períodos pré-operatório imediato, transoperatório e pós-operatório imediato da experiência cirúrgica do paciente (SOBECC, 2000).

A enfermagem perioperatória deve ter uma visão integral e continuada das necessidades básicas afetadas do paciente cirúrgico e de sua família, de modo que possa ajudá-los a satisfazer e a re-equilibrar estas necessidades preparando-os para o entendimento dos seus problemas psicobiológicos, psicossociais e psicoespirituais, bem como minimizando sua ansiedade em relação à assistência prestada no bloco cirúrgico (SOBECC, 2000).

3.2.7 Ambiente Cirúrgico

Unidade de internação em que o paciente vivencia o período perioperatório, o qual contempla as fases do pré-operatório mediato e imediato, transoperatório e pós-operatório imediato e mediato.

Especificamente o centro cirúrgico é um lugar especial dentro do hospital, convenientemente preparado segundo um conjunto de requisitos que o tornem apto à prática da cirurgia.

Considerado como um dos mais complexos setores do hospital, pela sua especificidade, presença constante de stress e a possibilidade de riscos à saúde a que os pacientes estão sujeitos ao serem submetidos à intervenção cirúrgica (SOBECC, 2000).

O ambiente cirúrgico deveria promover a interação entre paciente, família e equipe de saúde. No ambiente cirúrgico há o medo, a ansiedade, e o estresse de uma cirurgia (SOBECC, 2000).

3.2.8 Integralidade

O termo integralidade pode ser desenvolvido sob diferentes pontos de reflexão – como princípio orientador das práticas; como princípio orientador da organização do trabalho; como princípio da organização das políticas públicas.

Destacamos neste trabalho a integralidade como princípio orientador das práticas dos profissionais de saúde, no âmbito hospitalar, mais especificamente no centro cirúrgico. É o esforço

da equipe do centro cirúrgico em traduzir e atender da melhor forma possível às sempre complexas necessidades de saúde. Significa captar em cada indivíduo – paciente cirúrgico - a expressão individual de suas necessidades (CECILIO, 2001).

4 PROCEDIMENTOS METODOLÓGICOS

4.1 Tipo de estudo

Este é um estudo de abordagem qualitativa, do tipo convergente assistencial – PCA. Optei por esta abordagem metodológica porque “[...] a pesquisa convergente assistencial, é aquela que mantém, durante todo o seu processo, uma estreita relação com a prática assistencial, com intencionalidade de encontrar alternativas para solucionar ou minimizar problemas, realizar mudança e introduzir inovações” (TRENTINI; PAIM, 2004, p.28).

Na Pesquisa Convergente Assistencial, entende-se que a situação em foco não se mantém estável durante o período do estudo. O pesquisador intervém e a pesquisa em si intervém, sempre envolvendo ações de cuidado, mesmo que o enfoque seja entender ou descrever um aspecto da experiência do paciente.

4.2 Local de estudo

O trabalho foi desenvolvido em um hospital geral do Vale do Itajaí, SC, que possui 240 leitos. É um hospital privado que atende a clientes de todas as categorias e convênios, embora o maior número de pacientes que internam são atendidos pelo SUS.

Atualmente o centro cirúrgico é composto por 7 salas cirúrgicas que atendem a quase todas as especialidades médicas, com exceção de transplantes; lá são realizadas em média 300 cirurgias por mês.

Optei por realizar a pesquisa neste hospital por ser o maior hospital localizado na Microregião da Associação dos Municípios da Região da Foz do Rio Itajaí – AMFRI, a qual está composta por 11 municípios, conforme descrição abaixo, bem como da população correspondente (AMFRI, 2004)..

Município	População
Luis Alves	7.974
Piçarras	10.911
Penha	17.678
Navegantes	39.317
Ilhota	10574
Itajaí	147.494
Balneário Camboriú	73.455
Camboriú	41.445
Itapema	25.869
Porto Belo	10.704
Bombinhas	8.716
Total	394.137



Outro motivo da minha escolha por este hospital foi o fato dele ser referência no atendimento cirúrgico da região e servir de campo de estágio para a Instituição de Ensino Superior na qual desenvolvo minhas atividades profissionais como docente da disciplina de Saúde da Mulher, Criança, Adolescente, Adulto e Idoso, a qual contempla os conteúdos relacionados a centro cirúrgico.

A equipe de enfermagem da unidade de centro cirúrgico é composta por 2 enfermeiras, 16 auxiliares de enfermagem e 4 técnicos de enfermagem. É importante ressaltar que a equipe de enfermagem da instituição escolhida atualmente não adota nenhum modelo de processo de trabalho de enfermagem formalmente sistematizado para o centro cirúrgico.

4.3 Sujeitos do estudo

Foram escolhidos por conveniência. Todos eles eram pessoas que iriam ser submetidas à realização de procedimento cirúrgico por uma mesma equipe de cirurgia geral que, *a priori*, exigisse mais de dois dias de internação.

Os critérios de exclusão para participação na pesquisa foram: estado de coma, induzido ou não; pessoas que não tivessem condições clínicas que lhe permitissem responder questionamentos; pessoas que ao serem convidadas a participar da pesquisa comunicassem seu desejo de não participar da pesquisa e, portadores de deficiência mental.

Optei por trabalhar apenas com pessoas adultas, submetidas a procedimentos eletivos da especialidade de Cirurgia Geral de uma determinada equipe. Meu objetivo foi controlar o número

de fatores que pudessem influenciar a percepção do sujeito em relação à equipe, tais como: o tipo de orientações recebidas por parte da equipe médica e de enfermagem; a interação entre equipe médica e paciente; o relacionamento entre equipe cirúrgica, equipe de anestesia e equipe de enfermagem.

4.4 Procedimentos para coleta de dados

A coleta de dados foi realizada nas unidades de internação cirúrgica, CC e sala de recuperação pós-anestésica, durante o mês de novembro de 2005, após a autorização formal do Comitê de Ética do Hospital e do Comitê de Ética da UFSC – ligado ao SISNEP, o aceite do paciente em participar da pesquisa mediante assinatura do Termo de Consentimento Livre e Esclarecido, bem como a autorização formal da equipe cirúrgica que será acompanhada.

A implementação da coleta de dados ocorreu por meio da assistência de enfermagem prestada aos pacientes cirúrgicos selecionados, orientada pelo modelo conceitual Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP - proposto por Castellanos e Jouclas (1990) o qual prevê quatro momentos de abordagem ao paciente.

4.4.1 Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória - SAEP

Castellanos e Jouclas (1990) descreveram uma proposta de modelo conceitual da SAEP, a qual abrange os conceitos da assistência holística, continuada, participativa, individualizada, documentada e avaliada.

Desde a sua primeira definição até os dias de hoje a SAEP, como vem sendo chamada, favorece a garantia da qualidade da assistência, uma vez que tem como objetivos: ajudar o paciente, e sua família, a compreender seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto e suas conseqüências, assim como, diminuir ao máximo os riscos inerentes ao ambiente específico do centro cirúrgico e da sala de recuperação pós-anestésica e colaborar na consecução dos procedimentos (CASTELLANOS E JOUCLAS, 1990).

A assistência de enfermagem ao paciente cirúrgico tem como propósito a boa qualidade da assistência perioperatória, a qual torna-se exequível à medida que se adote uma proposta organizada de planejamento, operacional e de controle das ações assistenciais. Neste sentido, a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória é um modelo assistencial que favorece a garantia da qualidade a estes pacientes.

A implantação da SAEP nas instituições de saúde é de fundamental importância para que o enfermeiro ou enfermeira possa gerenciar a assistência de enfermagem (THOMAZ e GUIDARDELLO, 2002).

Para Castellanos e Jouclas (1990) um dos objetivos da SAEP é ajudar o paciente e sua família a compreender o seu problema de saúde, a preparar-se para o tratamento anestésico-cirúrgico proposto e suas conseqüências, utilizar seus mecanismos de defesa fisiológicos durante este período e investigar as necessidades dos pacientes no período perioperatório esclarecendo suas dúvidas sobre o ato anestésico-cirúrgico e outras, minimizando o estresse operatório.

A aplicação de uma sistematização da assistência enriquece a prática, direciona o ensino e conduz uma forma prática de avaliação, na medida em que delimita o papel e o espaço de atuação dos enfermeiros e enfermeiras, provendo as condições para a ação organizada e sistemática (FERREIRA, 1990).

Para Thomaz e Guidardello (2002) dentre as dificuldades para a implantação da SAEP destacam-se: a falta de conhecimento em realizar as diferentes etapas do processo de enfermagem; o desconhecimento de como realizar o exame físico; a vinculação da prática de enfermagem ao cumprimento de atividades burocráticas e técnicas, além da dificuldade de continuidade da implementação da assistência entre turnos de trabalho; novamente pela falta de conscientização e preparo do pessoal e, ainda, a descrença da metodologia que deve ser praticada pelo enfermeiro e posta em prática pela equipe de enfermagem.

Contudo, a SAEP favorece uma visualização integral do paciente, proporcionando uma assistência participativa e continuada, além de trazer junto a esta sistematização a utilização dos diagnósticos de enfermagem como ferramentas que facilitam a visualização das necessidades e ações correspondentes.

4.4.2 Etapas da SAEP

Para que a finalidade e os objetivos definidos pela sistematização proposta fossem viabilizados foram seguidos as quatro fases da SAEP descritas pela Sociedade Brasileira de Enfermagem em CC, Sala de Recuperação Anestésica e Centro de Material e Esterilização - SOBECC (2000).

4.4.2.1 Avaliação pré-operatória

Esta fase foi composta pela visita pré-operatória de enfermagem. Neste momento ocorre o primeiro contato da pessoa em condição de cirurgia com o enfermeiro, ou seja, é o momento em

que paciente e enfermeiro se conhecem. Este procedimento é indispensável tanto para o preparo físico quanto emocional do paciente. A visita pré-operatória foi operacionalizada por meio da entrevista com o paciente e sua família e do exame físico. Seus propósitos incluem: a continuidade do cuidado entre a unidade de internação e o centro cirúrgico; a promoção e recuperação da saúde; a adaptação da sala de cirurgia às necessidades do cliente; esclarecimento e orientações em relação à cirurgia; interação e comunicação entre o paciente e o enfermeiro ou enfermeira; minimizar a ansiedade do paciente e sua família; e, buscar a satisfação do profissional e do cliente. Completando esta fase, tem-se o levantamento dos diagnósticos de enfermagem, o planejamento da assistência e das intervenções de enfermagem para o período pré-operatório imediato e trans-operatório. (CASTELLANOS; JOUCLAS, 1990; PELIZZETTI; BIANCHI, 1999; SOBECC, 2000). Portanto, é uma atividade desenvolvida para conhecer e manter uma interação efetiva entre paciente, familiares e enfermeiro ou enfermeira, a fim de detectar problemas e, quando necessário encaminhar a outros profissionais (PICCOLI; GALVÃO, 2001).

Em nosso estudo este momento efetuou-se durante a visita ao paciente na unidade de internação cirúrgica, quando houve a apresentação da pesquisadora e da proposta de trabalho e se de acordo, a assinatura do consentimento livre esclarecido (ANEXO 3). Após a assinatura do termo de consentimento, a coleta e o registro dos dados se deram por meio de entrevista informal, semifechada com o cliente e sua família, observação e do exame físico; o levantamento dos diagnósticos de enfermagem; o planejamento da assistência e das intervenções de enfermagem para o período pré-operatório imediato e trans-operatório. Para o registro das informações foram utilizados: um instrumento de histórico de enfermagem (ANEXO 4), um Instrumento de Sistematização da Assistência de Enfermagem - ISAE (ANEXO 5), desenvolvido e testado por Ribeiro (2004) em sua dissertação de mestrado, realizada e defendida na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC. Para o levantamento dos diagnósticos de enfermagem foi utilizada a proposta de Benedit e Bub (2001).

As observações do pesquisador durante a assistência foram registradas em diário de campo.

4.4.2.2 Assistência trans-operatória

Considerada a segunda fase da SAEP. Inicia-se com a entrada do paciente no centro cirúrgico e finaliza com a saída deste para recuperação anestésica. O período trans-operatório inclui desde a conversa apropriada para a situação até a sua transferência para a maca no final da cirurgia, na posição correta, passando pela monitoração dos sinais vitais, reação pupilar, textura da pele, monitorização cardíaca, funcionamento dos equipamentos, indução anestésica, e assistência a intubação e extubação. A sua implementação ocorre na recepção do paciente no centro cirúrgico,

implementação da assistência, reavaliação do paciente, registro e transferência para a sala de recuperação anestésica (SOBECC, 2000).

Nesta fase o registro das informações ocorreu por meio de anotações das observações do pesquisador em diário de campo, bem como a o preenchimento de um instrumento de registro da evolução de enfermagem do período transoperatório (ANEXO 6) e conseqüentemente nova avaliação do paciente com o levantamento dos novos diagnósticos de enfermagem; o planejamento da assistência e das intervenções de enfermagem para o período trans-operatório e pós-operatório imediato, utilizando novamente o instrumento de sistematização da assistência de enfermagem - ISAE (ANEXO 5).

4.4.2.3 Assistência de enfermagem no pós-operatório imediato

Esta fase contempla o recebimento do paciente na sala de recuperação anestésica, reavaliação e novo planejamento das intervenções e implementação da assistência e transferência do paciente para a unidade de origem (SOBECC, 2000).

O registro das informações foi realizado através de diário de campo, bem como o preenchimento de formulário próprio para o registro de informações do paciente cirúrgico no período pós-operatório imediato (ANEXO 7), e nova avaliação do paciente com o levantamento dos novos diagnósticos de enfermagem; o planejamento da assistência e a prescrição de enfermagem para o período pós-operatório imediato e mediato, utilizando novamente o instrumento de sistematização da assistência de enfermagem - ISAE (ANEXO 5).

4.4.2.4 Visita pós-operatória

Consiste em ouvir o paciente e família buscando avaliar o processo, procurando possíveis falhas e reforçar as orientações realizadas (SOBECC, 2000). Esta visita foi feita no primeiro ou segundo dia após cirurgia.

Neste momento foi realizada uma entrevista informal com o paciente solicitando que ele relatasse como havia sido sua experiência durante o período perioperatório. As entrevistas foram realizadas no quarto do paciente e tiveram em média trinta minutos de duração. Para registrar estas entrevistas foi utilizado como recurso a gravação em fita cassete, sendo os relatos transcritos na seqüência, além disso as observações do pesquisador foram registradas em diário de campo.

4.5 Procedimentos de análise dos dados

Na pesquisa convergente assistencial, os processos de assistência, de coleta e análise de informações ocorrem simultaneamente para facilitar a imersão gradativa do pesquisador nos relatos das informações. Trentini e Paim (2004) dividem o processo de análise de informações na pesquisa convergente assistencial, em *fase de análise* e *fase de interpretação*. No entanto, neste estudo optamos por seguir os processos genéricos de pesquisa qualitativa mencionados por Trentini e Paim (p. 92, 2004): apreensão, síntese, teorização e recontextualização.

O *processo de apreensão* é descrito por Trentini e Paim (2004) como uma forma de organização, codificação e categorização das informações que possibilita o relato completo; detalhado e coerente. Este processo se deu a partir das narrativas das histórias de cuidado de enfermagem, levantados por meio da SAEP, pela própria pesquisadora. Após, foi feita a leitura, releitura e reflexão de cada história de cuidado, procuramos identificar nos relatos dados significativos - palavras, frases, parágrafos ou temas chaves - que evidenciem a ligação da utilização da SAEP e a satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica. Desta etapa foram criadas as categorias - conjunto de expressões com características semelhantes e com estreita relação com referencial teórico e os objetivos do estudo (TRENTINI; PAIM, 2004).

Durante o *processo de síntese* os dados foram examinados subjetivamente e foram feitas as associações entre as variações das informações e a relação entre as categorias.

No *processo de teorização* foi desenvolvido um esquema teórico a partir das relações reconhecidas durante o processo de síntese. Os temas e conceitos foram definidos e as relações entre eles descritas detalhadamente. Finalizando o procedimento de análise houve o processo de recontextualização, o qual consistiu na significação de determinados achados ou descobertas procurando contextualizá-los em situações similares.

4.6 Aspectos éticos

Foram obedecidos os critérios exigidos na Resolução 196/96 do Conselho Nacional de Saúde (OLIVEIRA, 1997) e seguidos os seguintes passos:

- Autorização da instituição para a realização da prática assistencial;
- Autorização da equipe de cirurgia para acompanhar os procedimentos cirúrgicos;
- Preenchido o Termo de Consentimento Livre e Esclarecido por todos os participantes da pesquisa;

- Aprovação do projeto pelo comitê de ética da instituição de ensino e da instituição hospitalar;

5 O PROCESSO ASSISTENCIAL

5.1 Período de aproximação ao campo da prática

Durante a realização da Disciplina de Projetos Assistenciais em Enfermagem, optei por realizar minha prática assistencial no mesmo local onde posteriormente realizei a pesquisa para a dissertação de mestrado. Naquele momento, antes mesmo do desenvolvimento do projeto de prática permaneci por uma semana, acompanhando as atividades no centro cirúrgico durante a realização dos procedimentos anestésico-cirúrgicos.

Este período foi importante, pois pude me aproximar da equipe de enfermagem que atua naquele centro cirúrgico, para que no momento da coleta de dados, durante o desenvolvimento da assistência de enfermagem aos pacientes da pesquisa, a ambientação e a interação fossem melhores diminuindo a possibilidade de haver interferências decorrentes da falta de proximidade com a equipe.

5.2 Teste dos instrumentos

Durante a realização da prática assistencial pude ter o primeiro contato com o instrumento de histórico de enfermagem (ANEXO 4) e o instrumento de sistematização da assistência de enfermagem - ISAE (ANEXO 5), desenvolvido e testado por Ribeiro (2004) em sua dissertação de mestrado realizada e defendida na Universidade Federal de Santa Catarina – UFSC.

Os instrumentos de coleta citados tiveram que ser adaptados, principalmente por que na minha proposta de prática a coleta de dados seria realizada em momento distinto daquele utilizado por Ribeiro (2004).

Durante esta fase pude também desenvolver os instrumentos de coleta de dados para os períodos transoperatório e pós-operatório imediato.

Outro fato marcante neste período foi a utilização da proposta de Benedet e Bub (2001) de organização dos diagnósticos de enfermagem de acordo com as necessidades humanas básicas. Foi a primeira vez que pude utilizar esta taxonomia e esclarecer as dúvidas diretamente com uma das autoras, proporcionando maior confiabilidade na leitura dos diagnósticos.

5.3 Primeira Tentativa de Operacionalização

O desenvolvimento da prática assistencial utilizando a SAEP foi a primeira tentativa de operacionalização do uso deste modelo assistencial, fato este que mais tarde culminou na realização de minha dissertação de mestrado.

Neste período prestei assistência de enfermagem a três pacientes com idade entre 54/59 anos, sendo dois do sexo masculino e uma do sexo feminino.

As cirurgias as quais foram submetidos foram tireoidectomia, herniorrafia incisional com colocação de tela e colecistectomia convencional e cardioplastia. Somente um dos pacientes foi submetido a anestesia geral e um a anestesia raquidiana com sedação. Cabe ressaltar ainda que a cirurgia de tireoidectomia foi suspensa no período pré-operatório imediato, já na sala de cirurgia para rever diagnóstico inicial e indicação de cirurgia. A duração dos procedimentos variou entre uma hora e quarenta e cinco minutos e duas horas e cinquenta minutos.

Após a avaliação final foi feita a leitura das necessidades humanas básicas afetadas e dos principais diagnósticos de enfermagem encontrados, assim como a avaliação de todo o processo de prática, implicando em nova reformulação dos instrumentos, aprofundamento da revisão de literatura e, também, na definição dos procedimentos metodológicos que adotei para a realização da dissertação, quando então optei pela Pesquisa Convergente Assistência - PCA.

5.4 Viabilização do processo

Após a releitura de todos os processos, feitas as reformulações necessárias e aprovação do projeto de dissertação, retornei ao campo para a realização da coleta dos dados. Neste momento prestei assistência de enfermagem a três pacientes, utilizando o modelo assistencial da SAEP.

No período pré-operatório, a principal necessidade humana básica afetada, evidenciada por todas as pacientes foi a ***Segurança emocional***, observada na forma dos diagnósticos de enfermagem: ***Medo***, relacionado a realização da cirurgia evidenciado por relato de medo de morrer, medo de não acordar da anestesia e a cirurgia não dar certo; ***Ansiedade***, relacionada a realização de procedimento cirúrgico, evidenciada por relato de apreensão pela possibilidade da cirurgia não dar certo e medo do desconhecido.

As principais intervenções de enfermagem realizadas neste período foram: proporcionar tranquilidade e conforto; estabelecer comunicação para compreender as necessidades do paciente; chamar o paciente pelo nome e apresentar-se a cada contato; encorajar o paciente a expressar seus sentimentos; encorajar o paciente a fazer perguntas sobre seus problemas de saúde, tratamento e procedimentos; apoiar a família, caso esteja presente e proporcionar informações confiáveis e

reforçar informações já fornecidas.

No período transoperatório, as principais necessidades humanas básicas afetadas, evidenciadas por todas as pacientes foram: ***Oxigenação; Regulação térmica; Atividade física; Regulação vascular; Integridade física; Segurança física e Comunicação***, observadas na forma dos diagnósticos de enfermagem: ***Incapacidade para manter ventilação espontânea***, relacionada a incapacidade de contração muscular, secundária a ação de relaxantes musculares, evidenciada por diminuição da saturação de O₂ e ausência de movimentos respiratórios; ***Risco para alteração da temperatura corporal***, relacionado a exposição ao ambiente frio, medicamentos vasoativos e inatividade intensa; ***Mobilidade no leito prejudicada***, relacionada a força insuficiente, secundária a anestesia evidenciado por ausência total de movimentos espontâneos; ***Capacidade de transferência prejudicada***, relacionada a efeito de medicamentos anestésicos, evidenciada por incapacidade de transferir-se da mesa cirúrgica para o leito da sala de recuperação; ***Risco para débito cardíaco diminuído***, relacionado aos efeitos de medicamentos anestésicos e possibilidade de perda sanguínea; ***Risco para alteração da mucosa oral***, relacionada a trauma mecânico no momento da intubação; ***Risco para integridade da pele prejudicada***, relacionada a pressão sobre a pele, imobilidade prolongada e alterações circulatória; ***Risco para aspiração***, relacionada a depressão dos reflexos de tosse e deglutição, secundário a anestesia e presença de tubo endotraqueal; ***Risco para infecção***, relacionado a trauma cirúrgico, destruição dos tecidos e aumento da exposição ao ambiente (ferida operatória), dispositivos invasivos (tubo endotraqueal, acesso venoso periférico) e da diminuição da ação ciliar secundária a anestesia; ***Risco para lesão pelo posicionamento operatório***, alterações sensoriais e perceptivas secundária a anestesia e ***Comunicação prejudicada***, relacionada a anestesia evidenciada por incapacidade de pronunciar ou escrever palavras.

As principais intervenções de enfermagem realizadas neste período foram: Auxiliar na intubação endotraqueal; Avaliar saturação periférica de oxigênio; Verificar frequência respiratória; Posicionar paciente prevenindo aspiração; Verificar perfusão periférica; Verificar pulso, pressão sanguínea; Controlar perda sanguínea – contar compressas; Colocar eletrodos cardíacos; Evitar exposição desnecessária do paciente; Verificar temperatura; Aquecer infusões venosas previamente; Manter ambiente aquecido enquanto paciente estiver exposto; Retirar roupas – campos úmidos que estiverem próximas do paciente; Proteger regiões laterais do paciente com campos; Posicionar placa de bisturi em local apropriado; Colocar protetores de calcâneos, cotovelos e região cervical; Realizar desinfecção química e/ou esterilização do material; Aspirar secreções da boca e orofaringe; Posicionar o paciente na mesa cirúrgica atentando para: capacidade de amplitude de movimentos, anormalidades físicas, próteses ou implantes externos/internos, condição neurovascular e circulatória; Manter o paciente sempre acompanhado por alguém da equipe; Transferir paciente em bloco; Garantir que orelhas não estejam dobradas; Usar protetor ocular; Revestir áreas vulneráveis a traumatismos; Investigar constantemente se os braços de membros da equipe não estejam

equivocadamente apoiados sobre o paciente; Manipular delicadamente as articulações. Não abduzir mais de 90°; Manter os braços imobilizados lateralmente em talas protegidas por campos; Reduzir a entrada de microorganismos atentando para manutenção de técnica asséptica por toda a equipe durante todo o procedimento; Proporcionar métodos de linguagem verbal ou não verbal, atentar para momento da extubação.

No período pós-operatório imediato, as principais necessidades humanas básicas afetadas, evidenciadas por todas as pacientes foram: ***Oxigenação; Regulação térmica; Atividade física; Regulação vascular; Integridade física; Segurança física e Comunicação***, observadas na forma dos diagnósticos de enfermagem: ***Risco para padrão respiratório ineficaz***, relacionado a atividade neuromuscular prejudicada secundária a efeitos tardios da anestesia; ***Risco para alteração da temperatura corporal***, relacionado a exposição ao ambiente frio, medicamentos vasoativos e inatividade intensa; ***Risco para alteração da temperatura corporal***, relacionado a exposição ao ambiente frio, medicamentos vasoativos e inatividade intensa; ***Risco para integridade da pele prejudicada***, relacionada a pressão sobre a pele, imobilidade prolongada e alterações circulatória; ***Risco para aspiração***, relacionada a depressão dos reflexos de tosse e deglutição, secundário a efeito tardio de medicamentos anestésicos; ***Risco para infecção***, relacionado a trauma cirúrgico, destruição dos tecidos e aumento da exposição ao ambiente (ferida operatória), dispositivos invasivos (acesso venoso periférico); ***Comunicação prejudicada***, relacionada a anestesia evidenciado por dificuldade de pronunciar ou escrever palavras.

As principais intervenções de enfermagem realizadas neste período foram: Avaliar saturação periférica de oxigênio; Verificar frequência respiratória; Posicionar paciente prevenindo aspiração; Verificar perfusão periférica; Verificar pulso, pressão sangüínea; Controlar perda sangüínea – verificar aumento de volume no local da incisão; Evitar exposição desnecessária do paciente; Verificar temperatura; Manter ambiente aquecido enquanto paciente estiver exposto; Oferecer vaselina líquida ou gaze umedecida para os lábios; Orientar o paciente quanto a possível irritação orotraqueal devido tubo; Aspirar secreção se necessário; Manter o paciente sempre acompanhado por alguém da equipe; Orientar o paciente no tempo e no espaço logo ao chegar a sala de recuperação; Proporcionar tranquilidade e conforto; Reduzir excesso de barulho e luzes; Falar distinta e claramente; Proporcionar métodos de linguagem verbal ou não verbal.

5.4.1 História da PACIENTE A

A paciente A era uma senhora de 43 anos, de cor branca, casada, professora que foi submetida a correção de hérnia de hiato.

Além de demonstrar conhecimento sobre sua patologia tinha experiências cirúrgicas anteriores; dois procedimentos realizados ainda na infância, uma laparotomia e uma

amigdalectomia, e há aproximadamente cinco anos realizou duas cirurgias vídeo-laparoscópicas ginecológicas para diagnóstico e tratamento de endometriose. Atualmente, ela continua em tratamento para endometriose com terapia hormonal e também faz uso de medicação anti-hipertensiva.

5.4.1.1 Avaliação pré-operatória

Ao chegar no setor em que a ela estava internada, fui bem recebida pela enfermeira, a qual prontamente disponibilizou o prontuário para pesquisa e também me orientou em qual quarto estava a paciente.

Ao chegar no quarto a encontrei assistindo televisão; assistia a um canal religioso e disse que era para tentar se distrair; sua estratégia individual para aliviar a ansiedade.

Estava em um quarto privativo, o esposo a acompanhava, mas falava muito pouco.

O dia estava bastante frio para esta época do ano e lembro que achei o quarto gelado.

Durante a visita pré-operatória a paciente recebeu a visita do cirurgião, que demonstrou afeto pela paciente e preocupação com seu bem estar.

Houve atraso de aproximadamente trinta minutos na administração da medicação pré-anestésica, o que deixava a paciente preocupada.

Os sinais vitais estavam dentro dos padrões de normalidade. Estava normotensa, pressão arterial: 150 x 90 mmHg; normocárdica, frequência cardíaca: 76 bpm, ritmo regular; eupneica, frequência respiratória: 20 rpm .

Ao exame físico não apresentava lesões pelo corpo, a coloração da pele estava dentro do limite da normalidade, porém fria, turgor normal, pupilas isocóricas, fotorreagentes. Sem problemas auditivos, usava óculos para correção visual. Estava alerta, orientada e bastante comunicativa.

Neste momento não se queixava de desconforto ou dor, disse que estava um pouco ansiosa com a realização da cirurgia e não queria sentir dor no pós-operatório. Disse ainda que nas anestésias anteriores acordou sentindo muito frio e mal estar. Pediu para que assim que possível fosse recolocado travesseiro no pós-operatório. Disse que não gostaria de se sentir sozinha e pediu para que eu apertasse sua mão logo que ela acordasse, assim saberia que alguém estava cuidando dela.

Demonstrou muita confiança na equipe médica – cirurgião e anestesista – que já conhece há mais tempo.

Despedi-me dizendo que estaria a sua espera no centro cirúrgico, ao que ela respondeu que a fazia se sentir melhor.

5.4.1.2 Assistência trans-operatória

A paciente chegou ao centro cirúrgico aproximadamente vinte minutos antes do horário previsto para cirurgia, foi para a sala de recuperação para aguardar o momento de ser encaminhada para sala de cirurgia. Nesta sala existem outros pacientes que estão vivenciando o período pós-operatório imediato o que na maioria dos casos é percebido negativamente pelos pacientes, pois pacientes em sala de recuperação podem apresentar complicações como: náuseas, vômito, dor, situações que podem amedrontar pacientes que estão no período pré-operatório, por julgarem que necessariamente deverão passar pela mesma experiência.

Neste momento punciono veia periférica com cateter calibre 18, difícil visualização da rede venosa.

Durante o período em que permaneceu esperando para ser transferida a sala de cirurgia, permaneceu sonolenta sob efeito de medicação pré-anestésica, respondendo apenas quando estimulada.

Estava sendo acompanhada por uma amiga, que também era enfermeira, e conhecia bem o centro cirúrgico e a equipe que ali trabalha.

Recordo-me que ao chegar na sala de operação - SO, a paciente observou que ali havia um crucifixo e comentou que isto fazia com se sentisse melhor.

Neste momento foi recebida pela anestesista, a qual demonstrou conhecer a paciente mostrou afeto por ela; do mesmo modo, também o cirurgião responsável pela cirurgia vem ao seu encontro para cumprimentá-la e tranquilizá-la.

Durante toda cirurgia a equipe demonstrou cuidado em manter baixo nível de ruído na SO; respeitar a privacidade da paciente; preocupação com regulação térmica; e o conforto da paciente no posicionamento (colocação de coxins) e manutenção de técnica asséptica.

A paciente foi submetida a anestesia geral – venosa e inalatória. Utilizou monitor cardíaco, oxímetro de pulso, capnografia e medição da pressão de forma não invasiva. A cirurgia iniciou sem intercorrências, teve duração de duas horas. Durante este período ela permaneceu em posição dorsal e a incisão foi apenas no local da introdução dos trocaters cirúrgicos. Utilizou sonda nasogástrica de calibre 20 fr durante, a qual foi retirada ao final do ato operatório, foi entubada com tubo orotraqueal nº 7,5. Recebeu 1.500ml de soro fisiológico 0,9%, medicação anti-inflamatória e analgésica.

Apresentou queda de pressão logo após a indução anestésica, corrigida com reposição de volume. O acesso ao sítio operatório foi um pouco demorado, pois, devido as cirurgias anteriores, a paciente apresentava aderências importantes. Depois disso a cirurgia ocorreu sem intercorrências.

Ao término da cirurgia a paciente foi extubada, retirada a sonda nosogástrica e encaminhada a sala de recuperação pós-anestésica – SRPA. Neste momento já estava acordada, com respiração espontânea e sem queixas de dor.

5.4.1.3 Assistência no período pós-operatório imediato – Sala de Recuperação Pós-Anestésica

Chegou a SRPA bastante sonolenta, porém respondendo a estímulos verbais.

Neste dia havia muito barulho no corredor em frente a sala de recuperação. Além disso, a sala é pequena para o número de procedimentos realizados neste centro cirúrgico. É uma sala única, sem *box* individual para cada paciente, apenas uma divisão por biombo de madeira entre pacientes do sexo masculino e sexo feminino. Faltam equipamentos para o número de leitos, tais como: oxímetro de pulso, aparelho de pressão não invasiva, monitor cardíaco, termômetro, obrigando a equipe a deixar de verificar alguns sinais vitais como temperatura e revezar o uso dos equipamentos existentes, dificultando o processo de trabalho.

Neste caso a falta de equipamentos, a área física da sala de recuperação pequena, não permite a separação dos pacientes em *box* individual, podem aumentar o risco e a vulnerabilidade dos pacientes por dificultar o processo de trabalho, pois muitas vezes é preciso retardar a aferição dos sinais vitais para aguardar que o colega termine do paciente ao lado, e também dificulta o respeito a individualidade do paciente.

Ao chegar na SRPA ela permanece sonolenta, mas desperta quando estimulada, movimenta os quatro membros, apresenta capacidade respiratória dentro da normalidade, saturação mantendo entre 93 a 99% com ventilação espontânea, pressão arterial se mantém estável com alteração variando em até 20% da medida do pré-operatório.

A paciente A refere dor na região cervical, que apresenta melhora após eu fazer massagem no local e re-posicionamento com travesseiro. No entanto, após aproximadamente uma hora, ao ser questionada pela anestesista, volta referir dor aumentando para região infraclavicular. Neste momento, a médica prescreveu medicação analgésica, e após administração pela enfermeira a paciente não se queixou mais de dor.

Deixo a SRPA momentos antes da paciente ser encaminhada para a unidade de internação e combino com ela a visita pós-operatória para o dia seguinte.

5.4.1.4 Visita pós-operatória

No dia seguinte ao chegar no seu quarto, a encontrei dormindo; apenas abriu rapidamente os olhos e logo tornou a dormir. Conversei então com o marido que a acompanhava e ele explicou que durante o período da noite ela passou bem, sem queixas de dor. No entanto, logo pela manhã, ela recebeu visita de uma amiga, as duas conversaram um pouco e logo em seguida começaram os episódios de soluço e desconforto epigástrico. Foi reavaliada pelo cirurgião, que optou por medicá-la e aguardar evolução, e desde de então ela está dormindo. Combino de voltar em outro momento.

Ao chegar ao setor, já no segundo dia de pós-operatório, encontro o cirurgião responsável, o qual me conta que realizou um exame de RX contrastado na paciente na noite anterior e que está desconfiado de que será necessário re-intervir, para reavaliar a cirurgia. Ele disse que combinou com ela que a deixará com tratamento conservador no decorrer deste dia para reavaliar, considerando a possibilidade dela estar apresentando apenas edema e, neste caso há a possibilidade de melhora.

Ao chegar no quarto da paciente a encontro sentada no leito, referindo desconforto epigástrico. Refere estar triste e chateada pelo fato das coisas não terem saído conforme o planejado. Mostra preocupação com a possibilidade de re-intervenção, e, às vezes demonstra arrependimento, e às vezes confiança de que tudo irá acabar bem. Fez questionamentos a respeito da cirurgia, e perguntou se na minha opinião o procedimento foi realizado corretamente. Disse ainda, que embora já tivesse perguntado ao cirurgião e que confia na opinião dele sempre fica a dúvida.

Procurei encorajá-la e esclarecer as suas dúvidas. Neste momento ela começa a apresentar um episódio de soluço e salivação intensa que só melhorou com medicação sedativa.

Combino então de telefonar para o hospital durante o final de semana para saber dela e quem sabe combinar uma visita domiciliar caso tenha tido alta.

No quarto dia de pós-operatório telefonei ao hospital para saber dela. Segundo informações de uma funcionária do hospital, ela havia recebido alta, porém, no dia anterior, havia sido encaminhada novamente ao centro cirúrgico, onde passou por procedimento de revisão da cirurgia. Depois disso começou a melhorar e recebeu receber alta.

No décimo quarto dia de pós-operatório, após contato prévio, realizei visita domiciliar.

Ao chegar na casa, ela me recebeu na porta. Estava com aparência alegre, disse que ainda apresentava episódios de desconforto gástrico, mas que estava melhorando gradativamente.

Conversamos longamente sobre os momentos que se passaram durante a internação e também sobre todo o processo desde a decisão pela cirurgia até o retorno ao lar após o procedimento.

Neste momento fui surpreendida com um relato da paciente com relação aos fatores que interferiram na sua opção por operar neste momento da sua vida, o qual descreverei a seguir usando as falas da própria paciente:

“Bom primeiro, eu custei a me decidir pra fazer a cirurgia, foi um parto, tomar esta decisão, levei muito tempo porque fazia mais de seis, quase seis anos que eu tinha este problema, azia, esofagite, tudo o que tem direito, só que ainda bem que eu não vomitava. Mas, estava começando... eu sentia queimar minhas cordas vocais, aí quando eu dava aula, eu tinha dificuldade para falar, por conta de que... queimava, doía”.

“E aí quando começou isso que eu comecei a investigar, por que até então eu não sabia que tinha hérnia de hiato... Aí eu investiguei, descobri que tinha, fui protelando, protelando, mas é assim, uma coisa chata por que você não pode comer um monte de coisa, você não pode, você vê os outros comendo, você até quer comer, mas não pode, aí eu comecei a comer carboidrato, que era a única coisa que eu podia comer”.

“E aí eu engordei, e aí isso mexeu muito comigo, minha auto-estima, por que eu engordei muito, agora eu estou feliz da vida por que disseram que eu estou mais magra depois da cirurgia, é o melhor efeito colateral que eu podia esperar”.

“Isso te dá uma limitação. Sobre prazer, sobre satisfação, sobre um monte de coisa. Tudo é complicado. A rotina era chegar da escola tinha que dar banho (nos filhos), pra depois jantar, por que depois que eu janto, eu tenho que esperar horas até poder dormir, porque daí eu também não posso me deitar”.

“Então assim, foi toda a história, e aí com um ritmo de trabalho alucinante, trabalho, trabalho, trabalho. Aí eu disse vou dar um basta, com a minha terapeuta eu discuti, quer dizer a decisão foi minha, mas eu passei pra ela fatos... eu tenho uma psicóloga, e aí eu decidi. Eu disse, vou parar, vou parar tudo, que eu acho que as pessoas estão me sugando, me sentia sendo sugada por tudo e decidi parar”.

“E aí o jeito que eu descobri para parar era fazendo a cirurgia. Quer dizer eu não fiz a cirurgia por conta da necessidade dela, dos sintomas, também foi, claro, foram preponderantes, mas principalmente por que eu tinha esta necessidade de parar, parecia que eu não estava dando

conta. Tudo o que tinha pra fazer em casa, da vida, enfim. Aí eu tinha o diagnóstico, conversei com o médico, eu só fiz por que ele disse que o tratamento que existia para o meu caso era cirúrgico, quando mais eu protelasse, pior ficaria, aí então eu me decidi”.

“Aí foi complicado eu chegar neste momento, marcar a data, preparar, fazer, exame, tudo muito corrido, preparar a rotina doméstica pra minha saída, quem pega as crianças, quem leva as crianças, etc e tal. Aí uma vez organizado isto, foi. No dia anterior eu trabalhei até nove horas da noite. Aí que eu vim pra casa arrumar minhas coisinhas pra ir (internar)”.

Embora o diagnóstico da doença e a indicação da cirurgia sejam de responsabilidade médica, os motivos que levam uma pessoa a decidir pela realização de uma cirurgia são subjetivos e permeiam todo o processo de cuidado não médico. Assim, foi apenas no momento em que ela me fez esta revelação que pude de fato compreender a importância do vínculo entre paciente e o profissional. Quanto maior for o vínculo e a segurança do paciente com o profissional, maior será a abertura para o diálogo e melhor será a qualidade da assistência prestada. Só depois de retornar ao seu lar e sentir-se completamente segura que ela sentiu-se à vontade para revelar fatos que até então me eram desconhecidos.

5.4.2 História da PACIENTE B

A segunda paciente que cuidei, foi uma senhora de 58 anos, branca, casada, do lar, que estudou até o término do primeiro grau.

Ela internou para realizar cirurgia de tireoidectomia total, por hipertireoidismo, nega outras doenças e alergias, diz apenas que toma remédio para dormir por que a doença a deixa muito ansiosa e por isso tem dificuldade em conciliar o sono.

Sua experiência cirúrgica anterior foi a realização de uma cesariana e uma curetagem após aborto, todos os dois procedimentos ocorreram há mais de 30 anos.

Disse que tem conhecimento do seu diagnóstico e da indicação da cirurgia há mais de cinco anos, porém adiava a cirurgia sempre que estava marcada por que tinha muito medo de operar, mas agora decidiu operar por que estava apresentando arritmia cardíaca e por que se sentia preparada.

5.4.2.1 Avaliação pré-operatória

Ao chegar no setor em que a paciente estava internada, percebi que o mesmo estava lotado e

que naquele dia havia uma pessoa da equipe de enfermagem de folga e isto sobrecarregava os outros que não puderam me dar muita atenção, mas disseram que eu poderia ficar a vontade.

O quarto que a paciente estava internada era um quarto coletivo, para quatro pacientes. Ao chegar a paciente estava sentada em uma poltrona, conversando com uma colega de quarto que também seria submetida a tireoidectomia.

Segundo a paciente a filha e a nora haviam saído para almoçar, ela disse que se sentia bem conversando com as colegas de quarto, que assim o tempo passava mais depressa e que “não ficava só pensando na cirurgia”.

Os sinais vitais da paciente estavam dentro dos padrões da normalidade, paciente estava normotensa, pressão arterial: 130 x 80 mmHg; normocárdica, frequência cardíaca: 65bcpm, de ritmo regular; eupneica, frequência respiratória: 16mrpm, normotérmica, temperatura 36,1°C.

Ao exame físico não apresentava lesões pelo corpo, cor dentro do limite da normalidade, pele fria, turgor normal, pupilas isocóricas, fotoreagentes, audição e visão normais. Estado mental: alerta, orientada, comunicação normal, paciente bastante comunicativa, falava lentamente.

Neste momento paciente sem queixas de desconforto e/ou dor, disse estar um pouco ansiosa com a realização da cirurgia, mas que tinha bastante fé em Deus e que isto fazia com que as coisas ficassem mais fáceis.

Paciente diz que após a cirurgia terá o auxílio de sua filha, nos afazeres domésticos e nos cuidados pós-operatórios. Disse ainda que sua família é bastante unida e que participaram da decisão de operar.

Novamente, me despedi dizendo que estaria a sua espera no centro cirúrgico.

5.4.2.2 Assistência no trans-operatório

Paciente chega ao centro cirúrgico deambulando, cobrindo o rosto para falar por estar envergonhada de falar sem a prótese dentária, não recebeu medicação pré-anestésica. Ao perceber a minha presença na porta do centro cirúrgico, a paciente demonstrou alegria e “bem estar” (levantou a sobrancelha como que me reconhecendo e esboçou um sorriso).

No momento em que a recebi comentei que sua mão estava gelada, então a paciente disse que ao se aproximar o horário da cirurgia, ver suas companheiras de quarto subirem para o centro cirúrgico antes dela, percebeu sua ansiedade aumentar, mas ainda assim disse estar bem, disse ainda que acredita em Deus e que dará tudo certo, também disse depositar confiança na equipe. Disse ainda, que acha que seus familiares estão mais nervosos do que ela.

Da mesma forma que a paciente anterior, esta também foi chamada ao centro cirúrgico 30 minutos antes da cirurgia e foi encaminhada para a sala de recuperação anestésica para aguardar o momento de ser encaminhada para a sala de cirurgia.

Na sala de recuperação havia apenas uma paciente em pós-operatório, que também havia sido submetida a cirurgia de tireoidectomia, portanto, a mesma cirurgia que esta paciente seria submetida. Ao chegar a paciente perguntou se esta era sua companheira de quarto, ao que respondi positivamente.

A paciente ao lado recebia oxigênio por meio de máscara facial, apresentava gemidos eventuais com queixas de dor, o que pareceu incomodar muito a paciente B. Ela estava o tempo todo alerta as coisas que aconteciam ao seu redor, sempre que ouvia um gemido da paciente ao lado fechava os olhos e apresentava expressão facial de apreensão.

Ao chegar na sala de operação foi recebida pela anestesista, a qual demonstrou já conhecer a paciente, chamou-a pelo nome, procurou descontraí-la falando de assuntos aleatórios e explicando cada procedimento que estava sendo realizado.

Neste dia centro cirúrgico estava calmo, com poucos procedimentos cirúrgicos marcados.

A paciente foi submetida a anestesia geral – venosa e inalatória. Utilizou monitor cardíaco, oxímetro de pulso e medição da pressão de forma não invasiva. A cirurgia iniciou sem intercorrências, teve duração de uma hora e trinta minutos, a paciente permaneceu em posição dorsal. Entubação nasotraqueal, com tubo nº 7,5, tipo aramado. Recebeu 1.000ml de soro fisiológico 0,9% medicação anti-inflamatória, analgésica.

Sinais vitais se mantiveram estáveis durante o procedimento. O acesso ao sítio operatório foi por meio de incisão cervical anterior, a cirurgia ocorreu sem intercorrências, instalado dreno suctor nº 4,8 fr e a peça encaminhada para exame anátomo-patológico.

Paciente acorda no final do procedimento, calma, lúcida participando do cuidado - seguindo as orientações, respondendo aos questionamentos, a seguir foi encaminhada para SRPA.

5.4.2.3 Assistência no período pós-operatório imediato

Ao chegar na SRPA a paciente desperta quando estimulada, sorri logo que reconhece minha voz, movimentar os quatro membros. Está com capacidade respiratória dentro da normalidade, saturação se mantendo entre 94 a 99% com ventilação espontânea, pressão arterial se mantém estável com alteração variando em até 20% da medida do pré-operatório. Apresenta tremores, que melhoram após aumentar o aquecimento após cobri-la, com mais cobertores.

Neste dia a sala de recuperação estava com ambiente tranquilo, sem barulho, poucos pacientes (apenas mais um). O dia estava chuvoso e frio.

Deixo a SRPA, momentos antes da paciente ser encaminhada para a unidade de internação e combino com ela a visita pós-operatória para o dia seguinte.

Ao sair do centro cirúrgico, na sala de espera, pergunto para as pessoas que ali se encontram se alguém é familiar da paciente B, sua filha se manifesta. Oriento a filha quanto ao término da cirurgia e como a paciente está naquele momento e que em seguida será encaminhada ao seu quarto. A filha agradece e comenta que a mãe havia dito que eu provavelmente a procuraria.

5.4.3.4 Visita pós-operatória

No dia seguinte, no momento da visita pós-operatória, ao chegar no quarto da paciente ela estava deitada no leito conversando com a filha que aproveitou para fazer um lanche enquanto eu estava no quarto.

Ao perceber minha presença a paciente sorriu e disse que estava me aguardando. Disse que estava curiosa para saber a que horas eu viria.

Permanecia com dreno suctor, mas referiu que este não a incomodava e que sentia dor apenas se apertasse sobre o curativo. Disse ainda que não fosse pelo fato de não ter conseguido dormir, estava se sentindo muito bem.

A filha da paciente estava bastante preocupada com o fato da mãe não ter dormido a noite e com a possibilidade deste fato se repetir, caso ela não pudesse fazer uso do habitual calmante para dormir. Procurei tranquilizar a filha, dizendo que faria contato com médico assistente para relatar o fato e discutir a possibilidade da administração do medicamento.

Neste dia o setor de internação estava agitado, com muitos pacientes internados, e novamente a equipe de enfermagem parecia sobrecarregada. Ao terminar a entrevista com a paciente me dirigi a equipe perguntando se sabiam de alguma coisa a respeito do medicamento que paciente fazia uso para dormir, disseram que não e que se eu quisesse poderia ligar para o médico assistente. Nada havia na prescrição da paciente, por isso telefonei ao médico assistente, expliquei-lhe a situação e o mesmo pediu para que eu orientasse a paciente para que fizesse uso do remédio que estava habituada e que antes do anoitecer passaria para mais uma visita.

Orientei a paciente que ficou bem mais tranqüila em saber que a noite provavelmente dormiria melhor com o auxílio da medicação.

No terceiro dia pós-operatório, embora eu tivesse concluído minha assistência com esta paciente, estive no setor para visitar outra paciente e resolvi lhe fazer mais uma visita. A paciente disse ter ficado muito feliz e que já estava se preparando para ir para casa.

5.4.3 História da PACIENTE C

A terceira paciente de quem cuidei, denominada paciente C, foi uma senhora de 69 anos, branca, viúva, do lar, possuindo primeiro grau incompleto.

A paciente internou para realização de colecistectomia convencional, por colelitíase, refere ter hipertensão arterial e diabetes, para o que faz uso de medicação diária.

Sua experiência cirúrgica anterior foi a realização de cirurgia para retirada de varizes, uma histerectomia e uma cesariana sendo a última há mais de dez anos. Disse ainda que não se lembrava muito de como havia sido nem o que sentiu na época.

Paciente demonstrava pouco conhecimento a respeito de sua patologia, disse que precisava operar por que apresentava crises de dor que custavam a passar mesmo com uso de medicamentos.

5.4.3.1 Avaliação pré-operatória

Ao chegar no quarto da paciente encontrei-a deitada na cama. Parecia inquieta mexia-se na cama com frequência; sentava e voltava a deitar.

Paciente disse com tom de pesar que a filha que a acompanhava até o momento da internação precisou voltar a trabalhar e por isso não poderia permanecer com ela, mas acreditava que os filhos viriam visitá-la no início da noite, no próximo horário de visitas.

No momento em que eu explicava sobre os objetivos da pesquisa e a convidava a participar do estudo a mesma interrompeu a conversa dizendo que estava com muito medo de fazer a cirurgia, mas achava que não deveria estar, por acreditar que sentir medo poderia piorar as coisas.

Ao ser questionada sobre o motivo do medo, disse que tinha medo de morrer, medo da cirurgia não der certo e ela complicar e medo de não acordar da anestesia, também que tem muito medo de ficar sozinha.

Disse que após a alta hospitalar ficará morando com a filha por um tempo, porém, tem medo de que esta aproximação cause de desentendimento entre as duas, pois segundo ela a filha tem um temperamento muito diferente do seu, e, as vezes isto é motivo de estranhamento entre as duas. Prefere morar sozinha, por ser muito ranzinza; não gosta de incomodar seus filhos.

Ao término da visita pré-operatória e a realização das orientações sobre o momento do transoperatório, a paciente disse que se sentia melhor com as orientações, disse que ficaria mais calma ao se encontrar no centro cirúrgico, agora não estaria mais entre estranhos. Novamente despeço me dizendo que estarei esperando por ela no centro cirúrgico.

5.4.3.2 Assistência transoperatória

Paciente chega ao centro cirúrgico deambulando, escondia a boca para falar, por vergonha de estar sem prótese dentária. Não recebeu medicação pré-anestésica. Ao perceber a minha presença disse sorrindo: “Que bom te ver aqui, você disse que estaria aqui e está mesmo”.

Foi encaminhada diretamente a sala de cirurgia. Paciente estava inquieta, sorrindo constantemente (aparentava ser sorriso de ansiedade).

Foi recebida na sala de cirurgia pela equipe de enfermagem, os quais procuravam o tempo todo conversar com a paciente explicando os procedimentos que seriam realizados.

A paciente foi submetida a anestesia geral – venosa e inalatória. Utilizou monitor cardíaco, oxímetro de pulso e medição da pressão de forma não invasiva. A cirurgia iniciou sem intercorrências, teve duração de uma hora e dez minutos, a paciente permaneceu em posição dorsal. Entubação orotraqueal, com tubo nº 8,0. Recebeu 1.000ml de soro fisiológico 0,9% medicação antiinflamatória, analgésico e antibiótico- profilaxia.

Paciente apresentou hipotensão arterial e bradicardia, revertida com aumento de infusão venosa e medicação – adrenalina. O acesso ao sítio operatório foi por meio de incisão paramediana direita, a cirurgia ocorreu sem intercorrências, a peça foi encaminhada para exame anátomo-patológico.

Paciente acorda no final do procedimento, calma, lúcida participando do cuidado - seguindo as orientações, respondendo aos questionamentos, foi encaminhada para SRPA.

5.4.3.3 Assistência no período pós-operatório

Ao chegar na SRPA, paciente desperta quando estimulada, movimenta os quatro membros, com capacidade respiratória dentro da normalidade, saturação mantendo entre 92 a 99% com ventilação espontânea, com uso de máscara de O₂, 2 litros por minuto, pressão arterial se mantém estável com alteração variando em até 20% da medida do pré-operatório.

Referiu muita sede, foi orientada quanto a manutenção do jejum e impossibilidade de ingerir líquido, disse ter melhorado após ter molhado seus lábios com pouco de água.

Neste dia a sala de recuperação estava lotada, vários oxímetros de pulso disparavam o alarme ao mesmo tempo, paciente perguntou o que era este barulho. Perguntou se quando despertava este alarme significava que o paciente estava mal.

Após ter recebido orientação paciente alternou períodos de vigília e sonolência e quando mais acordada foi encaminhada ao setor de origem.

Neste dia além da sala de recuperação estar lotada havia uma funcionária nova na equipe de enfermagem, que estava recebendo treinamento.

5.4.3.4 Visita pós-operatória

No dia seguinte, ao chegar no quarto da paciente para visita pós-operatória, a encontro deitada na cama. Ao me ver, sorri dizendo que estava me esperando.

Parecia bem disposta. No início um pouco inibida com o fato da conversa estar sendo gravada, mas logo relaxou.

Disse que estava se sentindo muito bem, que não teve dor e que havia sido muito bem cuidada por todos. Perguntou quando receberia alta, disse que apesar de estar sendo bem tratada, bom mesmo era estar em casa.

Neste dia o setor continuava agitado, barulhento, número alto de pessoas circulando no corredor.

Ao terminar a visita, despedi-me dela desejando-lhe melhoras. Ela me agradeceu e respondeu dizendo que eu havia conseguido fazer com que o tempo passasse mais rápido enquanto havia estado no hospital.

6 INTERPRETAÇÃO DA EXPERIÊNCIA DO CUIDADO

6.1. Contribuição da SAEP no atendimento das necessidades da pessoa em condição cirúrgica

Meu objetivo neste tópico é compreender a contribuição da SAEP na identificação das necessidades humanas básicas afetadas e sua satisfação por meio das intervenções de enfermagem propostas, com base nos diagnósticos levantados.

No período pré-operatório as necessidades humanas básicas afetadas foram da categoria **necessidades psicossociais**. Todos os pacientes apresentaram as necessidades de *Segurança emocional*, observadas na forma dos diagnósticos de enfermagem de *Medo e Ansiedade*.

A pessoa em condição cirúrgica enfrenta uma situação desconfortável pela proximidade da cirurgia. Por falta de conhecimento suficiente sobre o preparo, as rotinas, os cuidados pós-operatórios, sente-se insegura e com medo da morte que está, em maior ou menor grau, associada a cirurgia.

O ambiente hospitalar é estressante principalmente para a pessoa que vai se submeter a cirurgia. Entre os que o tornam estressante está a perda do controle sobre os que o afetam e dos quais depende para a sua sobrevivência. Além disso, a internação é angustiante por evidenciar a fragilidade a que estão sujeitos, devido à exposição emocional e física.

Este fato pode ser evidenciado pela fala da PACIENTE C ao ser convidada a participar da pesquisa, durante a explicação do termo de consentimento livre esclarecido, ela interrompeu a conversa dizendo:

“Eu estou com muito medo de fazer a cirurgia, acho que sentir medo pode piorar as coisas, mas tenho medo da cirurgia não dar certo e também tenho medo de morrer, não acordar mais depois da anestesia”.

As pacientes A e B, não relataram medo de morrer, no entanto, evidenciaram apreensão por ter que serem submetidas ao ato anestésico cirúrgico. Essas falas ilustram esta afirmação:

“Me sinto um pouco nervosa, não sei por que, acho que é simplesmente pelo que vai acontecer (a cirurgia) (PACIENTE B)”.

“Um pouco de ansiedade é normal, acredito muito na equipe, mas tenho um pouco de medo de acordar com dor, não quero sentir dor nem vomitar no pós-operatório (PACIENTE A)”.

Outro aspecto capaz de aumentar a ansiedade é o afastamento de seus familiares como pode ser evidenciado na fala da paciente C:

“Minha filha me trouxe até o hospital, mas ela precisa trabalhar, não pode ficar aqui comigo, tomara que ela possa vir na hora da visita, até lá já passou a cirurgia e eu espero estar de volta no quarto e poder ver meu neto que também deve vir”.

Na presença do processo doença a pessoa se sente solitária, retornando o pensamento para seus familiares e amigos. A presença do familiar proporciona tranquilidade e segurança aos pacientes (PELIZZETTI; BIANCHI, 1999).

A fala da paciente B ilustra esta afirmação:

“[...] antes da cirurgia eu estava tranqüila, sabia que minha família estava por perto, e isto me deixa tranqüila...”

“Indo para o centro cirúrgico me deu um medinho, mas logo passou, minha filha estava comigo, ela percebeu e não precisou falar nada, ela só me deu um aperto de mão e logo o medo passou”.

A SAEP contribuiu para satisfação da necessidade humana básica segurança emocional ao proporcionar por meio da visita pré-operatória a aproximação do enfermeiro de centro cirúrgico com os pacientes. No momento em que o paciente chega ao centro cirúrgico e reconhece alguém o ambiente se torna familiar e passa não ser mais totalmente desconhecido para ele, o que gera sentimentos de alívio e tranquilidade, o que pode ser evidenciado nas falas das pacientes A, B e C:

“Eu me senti muito cuidada, sob todos os aspectos. Saber que você estava lá, que você me esperava, que tu estarias lá principalmente antes e depois da anestesia que é o pior momento para mim, me deixou muito melhor (PACIENTE A)”.

“Quando eu cheguei no centro cirúrgico, fui bem recebida, você estava na porta como havia falado, assim ficou mais fácil (PACIENTE B)”.

“Quando eu te vi na porta da sala de operação já fiquei mais aliviada, por que eu já te conhecia (PACIENTE C)”.

Outro fator importante relacionado à sistematização da assistência, está na implicação com o planejamento e organização do trabalho de assistir. Sabendo das necessidades dos pacientes com antecedência ao ato anestésico-cirúrgico, pode-se proporcionar a ambientação da sala de cirurgia ao paciente que será recebido, e, também, implica no esforço de toda a equipe em satisfazer as necessidades dos pacientes. Isto pode ser exemplificado pela seguinte situação: as pacientes A e C relataram durante a visita pré-operatória que sentiam medo ao serem deixadas sozinhas. Ao chegar no centro cirúrgico, comuniquei tal fato as equipes de enfermagem responsáveis por estas cirurgias, assim em momento algum as pacientes ficaram sozinhas, satisfazendo sua necessidade. Estas falas ilustram tal afirmação:

“A sala de recuperação anestésica é assim, tá todo mundo sofrendo, claro por escolha ou não, e é um momento muito particular que você sente muita solidão. Você se sente muito sozinho mesmo, acordar e perceber que eu não estava sozinha foi muito importante pra mim, eu me senti amparada, cuidada (PACIENTE A)”.

“Quando eu cheguei lá e vi todas aquelas pessoas ao meu redor, já fiquei mais tranqüila, as pessoas estavam cuidando de mim, eu não estava sozinha (PACIENTE C)”.

No período transoperatório as necessidades humanas básicas afetadas foram das categorias **necessidades psicobiológicas e necessidades psicossociais**.

A assistência de enfermagem no período transoperatório exige conhecimento técnico científico do enfermeiro a respeito do ato anestésico cirúrgico e dos fatores que envolvem tal procedimento, como podemos exemplificar a seguir:

A identificação do diagnóstico de enfermagem **Risco para Infecção** para a assistência do enfermeiro de centro cirúrgico, tanto quanto para os outros enfermeiros envolvidos na assistência ao paciente cirúrgico, é importante pois mostra os vários fatores que podem desencadear o processo de infecção, servindo como fonte de informações para o planejamento das ações de enfermagem no período perioperatório.

As intervenções de enfermagem para o diagnóstico **Risco para infecção**, por exemplo, demandam do enfermeiro-enfermeira o conhecimento dos aspectos relacionados a infecção de sítio cirúrgico, fatores que aumentam e diminuem o risco.

A infecção do sítio cirúrgico é aquela que ocorre na incisão ou em tecidos manipulados durante a operação, podendo ser diagnosticada até 30 dias após a realização do procedimento, ou no caso de implante de prótese até um ano após (PICOLLI; GALVÃO, 2001).

A cirurgia expõe o paciente à infecção, “pois, ao mesmo tempo em que rompe a barreira epitelial, desencadeia uma série de reações sistêmicas que facilitam a ocorrência de um processo

infeccioso, seja originado do campo operatório, de um outro procedimento invasivo ou um foco a distância” (PICOLLI; GALVÃO, 2001).

Assim sendo, a contribuição da SAEP está na identificação do diagnóstico “Risco para Infecção” podendo auxiliar o enfermeiro em relação aos cuidados de prevenção e controle de infecção, principalmente se os fatores de risco forem identificados no pré-operatório através da visita pré-operatória de enfermagem.

Outro diagnóstico identificado que exemplifica a necessidade de conhecimento técnico científico por parte do enfermeiro foi o diagnóstico de enfermagem Risco para Lesão por Posicionamento Perioperatório, que obteve 100% de frequência no período trans-operatório.

A posição do paciente durante a cirurgia é um cuidado importante a ser observado, as posições não são convencionais podendo acarretar lesões. Posicionar o paciente é obter uma postura intermediária entre o possível e tolerável. Quando submetido a anestesia, o paciente perde a capacidade sensitiva de parte ou de todo o corpo, não conseguindo reagir à dor e a pressões. Além disso há perda da capacidade de movimentação (FLÓRIO; GALVÃO, 2003) .

A cabeça e membros devem ficar em posição estável, principalmente quando ocorrer mudança de posicionamento durante a cirurgia. Os membros superiores são passíveis de ficarem fora da mesa cirúrgica, sendo um risco para lesão do plexo braquial, da articulação do ombro ou queimadura de extremidades. Os calcâneos e músculos da panturrilha também são áreas vulneráveis à necrose por pressão, podendo causar o início de tromboembolismo. Na face, os olhos necessitam de atenção especial, devido à possibilidade de haver abrasão da córnea, além de lesão do globo ocular. Ao posicionar o paciente do decúbito dorsal para o ventral, deve-se evitar a rotação lateral do pescoço e da cabeça do indivíduo anestesiado, pois esse movimento pode causar estiramento dos ligamentos e músculos relaxados, lesões das articulações cervicais, ocorrendo dor e limitações funcionais no pós-operatório (FLÓRIO; GALVÃO, 2003).

Neste caso a contribuição da SAEP está na ambientação da sala de cirurgia para a realização do ato anestésico a determinado paciente, ou seja o preparo da sala de cirurgia não é mais feito apenas com o conhecimento do ato anestésico cirúrgico que será realizado, nem tão somente com a ampliação do conhecimento de qual será o profissional que realizará tal ato, mas sim para qual paciente será realizado, quais seus medos, suas angústias, desejos e necessidades.

O período pós-operatório imediato segue a tendência de necessidades, diagnósticos e intervenções de enfermagem voltadas para a satisfação na sua maioria da categoria de **necessidades psicobiológicas, e psicossociais**, considerando que neste período volta a existir a participação mais efetiva do paciente.

As intervenções de enfermagem realizadas a fim de alcançar a satisfação das necessidades dos pacientes diferem de acordo com as diferentes fases do período perioperatório, alternando de

ações voltadas para a orientação e educação do paciente para o cuidado e os procedimentos, até ações diretas ao paciente enquanto ele está anestesiado ou no pós-operatório imediato.

Assim, percebeu-se que a assistência de enfermagem prestada ao paciente cirúrgico, através do modelo conceitual da SAEP, mostrou-se eficiente na satisfação das necessidades humanas básicas.

6.2 Contribuição da SAEP para o estabelecimento do vínculo paciente-profissional

As mudanças econômicas, políticas, sociais e culturais, que ocorreram no mundo desde o século XIX e que se intensificaram no século passado, produziram alterações significativas para a vida em sociedade. Ao mesmo tempo, tem-se a criação de tecnologias cada vez mais precisas e sofisticadas em todas as atividades humanas e o aumento dos desafios e dos impasses colocados ao viver. A saúde, sendo uma esfera da vida de homens e mulheres em toda sua diversidade e singularidade, não permaneceu fora do desenrolar das mudanças da sociedade nesse período. O processo de transformação da sociedade é também o processo de transformação da saúde (BRASIL, 2005).

O desenvolvimento acelerado das tecnologias biomédicas e da qualidade dos medicamentos produziu intervenções com grande eficiência e eficácia para o tratamento de situações graves de adoecimento e a redução do sofrimento. No entanto, este desenvolvimento, muitas vezes pode levar ao afastamento do enfermeiro-enfermeira da assistência direta ao paciente, para dedicar-se a desenvolver seu conhecimento quanto ao uso e interpretação de equipamentos e insumos necessários para operá-los.

O trabalho realizado pela maioria dos enfermeiros de centro cirúrgico está bastante voltado às ações administrativas, de provisão e controle de materiais, equipamentos e recursos humanos necessários à realização do ato anestésico-cirúrgico.

A Sociedade Brasileira de Enfermeiros de Centro Cirúrgico, Sala de Recuperação e Central de Material – SOBECC, cita como funções do enfermeiro-enfermeira de centro cirúrgico: prever e solicitar os materiais necessários para o funcionamento do serviço distribuir os funcionários de acordo com as necessidades do serviço, supervisionando a execução das rotinas de técnicas; planejar sistemas de controle de produção e da esterilização, elaborar relatórios periódicos; elaborar as escalas diárias, mensais e de férias dos funcionários; estabelecer um sistema de controle dos equipamentos e materiais de que dispõe a unidade; estabelecer sistemas de prevenção de riscos operacionais; elaborar manuais de normas, rotinas e procedimentos, o qual deverá estar disponível a toda a equipe no local de trabalho e deve ser revisado anualmente. A SOBECC também recomenda que o enfermeiro é o profissional habilitado para coordenar o desenvolvimento do ato cirúrgico em todas as suas etapas. Podendo ser o chefe do setor, o supervisor dependendo da organização estrutural adotada. Tendo como objetivo possibilitar o transcorrer do ato anestésico-cirúrgico dentro

de um ambiente seguro, confortável asséptico com menor risco de intercorrências para o paciente e para a equipe de saúde (SOBECC, 2000).

Porém, acredito que toda ação administrativa deva estar voltada para o planejamento da assistência de enfermagem é a determinação das ações de enfermagem a fim de atender às necessidades da clientela. O exercício da função administrativa centralizada na assistência ao paciente, norteado pela compreensão e pelo conhecimento do paciente como pessoas e de suas necessidades específicas, deve orientar as ações do enfermeiro na implementação de um método para sistematizar e organizar a assistência (KURGANT et al., 1991).

Acredito que o modelo de processo de trabalho estabelecido com a SAEP, favorece o aumento do vínculo entre paciente e enfermeiro. Em diversos momentos da realização do cuidado a SAEP influenciou positivamente no estabelecimento do vínculo com os pacientes do estudo e no aumento da responsabilização por parte do profissional/pesquisador.

A pessoa em condição cirúrgica, normalmente experimenta sentimentos de fragilidade e insegurança, que tendem a aumentar a medida que o momento da cirurgia se aproxima. Neste sentido, vínculo estabelecido entre paciente e profissional proporciona sentimentos de segurança e tranquilidade para o paciente.

O vínculo estabelecido no período perioperatório facilitará uma assistência integral e individualizada para o paciente cirúrgico e sua família, possibilitando a implementação de intervenções que atendam às reais necessidades do paciente, minimizando sua ansiedade e os riscos inerentes ao procedimento anestésico cirúrgico.

Esta afirmação pode ser identificada, por exemplo, nas falas das pacientes B e C, ao descrever como a visita pré-operatória influenciou na diminuição da ansiedade.

“Foi muito bom conversar com você antes da cirurgia, quando cheguei lá eu já sabia quem estaria cuidando de mim e por isso fiquei mais tranqüila (PACIENTE B)”.

“Depois da nossa conversa, eu fiquei muito melhor sabia que eu chegaria no centro cirúrgico e ia te encontrar lá, e que você cuidaria de mim (PACIENTE C)”.

“Eu me senti muito cuidada, sob todos os aspectos. Saber que você estava lá, que tu me acompanhou, que você esteve no quarto para me ver depois da cirurgia (PACIENTE A) ”.

Outro aspecto que podemos identificar que reforça o estabelecimento do vínculo entre paciente e profissional foi o desejo dos pacientes em serem cuidados por quem já conheciam.

A paciente A refere ser muito melhor estar sendo cuidada por quem já conhecia, e também mostra como foi difícil no momento em que foi encaminhada para o centro cirúrgico pela segunda vez e neste momento não havia ninguém que ela já conhecesse previamente. Esta afirmação pode ser identificada na fala:

A noite que antecedeu a segunda cirurgia foi angustiante, quando eu cheguei no sábado de manhã, eu me vi sozinha. Cheguei no centro cirúrgico e aí tu não estavas lá”.

Nas histórias da pacientes B e C, podemos identificar o estabelecimento do vínculo ao se referirem a pesquisadora como sendo seu “anjo da guarda”.

Além do significado religioso a palavra anjo é definida como homem que atua como companheiro do ser humano (HOUAISS, 2005). Neste caso, a aproximação da pesquisadora com as pacientes no momento anterior a cirurgia, durante a realização da visita pré-operatória fez com que as pacientes a identificassem como alguém responsável pelo seu cuidado.

Em contra partida, há outro ponto de vista a ser explorado, que diz respeito ao aumento da responsabilização por parte do enfermeiro que cuida do paciente.

A história que exemplifica tal afirmação, foi a experiência vivida pela pesquisadora com a paciente A. No momento da visita pós-operatória, ao chegar no quarto, a encontrei dormindo. Ao perceber a minha presença ela abriu rapidamente os olhos e logo tornou a dormir. Conversei então, com o marido que a acompanhava, que explicou que durante o período da noite a paciente passou bem, sem queixas de dor, no entanto, logo pela manhã recebeu visita de uma amiga, as duas conversaram um pouco e logo em seguida começaram os episódios de soluço e desconforto epigástrico.

O objetivo da visita pós - operatória é de avaliar o processo, procurando possíveis falhas e adaptações das orientações realizadas. Neste caso, no entanto, as complicações pós-operatórias da paciente despertaram em mim, o desejo de acompanhá-la até que o seu problema de saúde estivesse solucionado. Após ter realizado a visita pós-operatória com esta paciente, retornei para uma segunda visita pós-operatória e para fins deste estudo, ainda foi realizado uma visita domiciliar.

O Ministério da Saúde, propõe na Política Nacional de Humanização a utilização de estratégias por parte dos profissionais que proporcionem: o aumento da responsabilização dos profissionais de saúde em relação aos usuários e elevação dos graus de vínculo e confiança entre eles; a operacionalização de uma clínica ampliada que implica na construção de vínculo terapêutico visando a aumentar o grau de autonomia e de protagonismo dos sujeitos no processo de produção de saúde.

Neste sentido, a assistência de enfermagem por meio da SAEP mostra estar em consonância com as políticas públicas nacionais.

6.3 Contribuição da SAEP no respeito a autonomia do paciente

O paciente é um ser autônomo que interage com suas particularidades, e essas devem ser avaliadas no contexto da individualidade. Os diagnósticos de enfermagem derivam dessa avaliação.

A condição de enfermidade gera sentimentos como incapacidade, dependência, insegurança e sensação de perda do controle sobre si mesmo. Os doentes encaram a hospitalização como fator de despersonalização por reconhecerem a dificuldade para manter sua identidade, intimidade e privacidade.

Estes sentimentos podem ser identificados na fala da paciente A:

“É muito complicado pra mim perder o controle, não poder me mexer, estar dependente dos outros, por que eu estou acostumada a cuidar e não ser cuidado, e quando você é cuidado, sei lá, eu não relaxo, eu sempre quero manter a minha capacidade de decisão, a minha autonomia”.

“Este é o meu maior medo, a anestesia, por que eu sei que eu perco a autonomia e aí podem fazer o que quiser comigo, esta sensação me incomoda, me incomoda muito”.

Durante a hospitalização o paciente torna-se vulnerável, perde seu poder de decisão, mesmo em relação à coisas simples, o paciente cirúrgico, no entanto, está em condição maior de risco para a perda de sua autonomia.

Por outro lado, a necessidade cotidiana de sobreviver supera as necessidades de liberdade, do usufruto das conquistas democráticas e dos processos de decisão que não estejam imediatamente ligados à sobrevivência. A autonomia de muitos sujeitos não é, pois, tão ampla por causas temporárias ou definitivas, como exemplo podemos citar as questões de ordem biológica: crianças ou menores de idade ou ainda pessoas hospitalizadas (BRASIL, 2005).

A *anestesia*, palavra de origem grega significa “privação da sensação”; portanto, é uma condição de ausência de sensações, sejam elas dolorosas, táteis, olfatórias, degustatórias ou visuais. Significa levar o paciente ao estado de anestesia, isto é, priva-lo de todas as sensações, entre elas a dor (SARGS, 2001).

Um paciente submetido a anestesia geral perde totalmente sua autonomia, portanto é pessoa que exige esforço de toda a equipe para que suas necessidades sejam satisfeitas e seus desejos sejam

respeitados. Mesmo as necessidades mais elementares como respiração necessitam de auxílio de um profissional de saúde, assim também o respeito de sua individualidade e pudor.

Muito embora o risco seja uma entidade probabilística, ou seja, em geral, as situações de exposição não se apresentam de modo a permitir que as previsões dos agravos sejam certas, imediatas, indiscutíveis. Sempre há a possibilidade de ocorrerem imponderabilidades incontrolláveis, no entanto, a partir da aproximação com o paciente o enfermeiro será capaz de conhecê-lo melhor, prestar a assistência de forma mais personalizada e com isto diminuir os riscos e a sensação de vulnerabilidade.

A partir da visita pré-operatória o enfermeiro é capaz de conhecer as necessidades do paciente e planejar o trabalho de forma a promover a satisfação de seus desejos, respeitando sua autonomia mesmo quando não pode manifestar-se ou nem mesmo perceber que está sendo desrespeitado, como no caso da anestesia geral.

Considerando que um ser humano pode ser mais ou menos vulnerável, de acordo com seu grau de conhecimento a respeito de uma determinada situação, outro aspecto que deve ser destacado é o de que a visita pré-operatória, uma das fases da SAEP, favorece a realização de educação em saúde.

A vulnerabilidade pressupõe o estabelecimento de relações desiguais entre indivíduos ou grupos. Neste caso podemos pressupor que a relação entre profissional de saúde e paciente tende a ser desigual, em virtude do domínio do conhecimento técnico. Entretanto, não importando as causas, as relações estabelecidas são permeadas pela ética, e os trabalhadores em saúde devem reconhecê-las e se comportarem de modo a respeitar o princípio do respeito pela dignidade da pessoa humana (BRASIL, 2005).

A visita pré-operatória se constitui em um instrumento importante da educação em saúde, à medida que permite ao paciente o esclarecimento de dúvidas quanto ao procedimento cirúrgico, sua recuperação e também cuidados a serem observados no pós-operatório, promovendo assim a autonomia do sujeito em participar das decisões a respeito do tratamento adotado.

A SAEP implica em um aumento da troca de “saberes” entre paciente e profissional, por exemplo durante a visita pré-operatória se o paciente e seus familiares e a enfermeira trocam saberes a partir da identificação das necessidades, desejos e interesses.

A assistência de enfermagem prevê a educação em saúde em seus princípios, para Castellanos e Jouclas (1990), um dos objetivos da assistência perioperatória é “ajudar o indivíduo e sua família a compreender o seu problema de saúde, a preparar-se para o procedimento anestésico-cirúrgico proposto e suas conseqüências e a utilizar mecanismos de defesa fisiológicos e psicológicos durante esse período”.

Tais afirmações podem ser identificadas nas falas:

“Você me explicou o que iria acontecer, que eu chegaria lá, colocariam soro, que eu iria acordar com aquele negócio na garganta, e que era importante eu ajudarr, assim ficou mais fácil, quando as coisas iam acontecendo eu podia participar” (PACIENTE C).

“Chegar lá e perceber que as coisas que estavam acontecendo não eram mais novidade, por que você já tinha me dito que seria deste jeito, foi muito bom, como eu já sabia o que iria acontecer eu pude ajudar um pouco” (PACIENTE B).

Portanto, acredito na SAEP como facilitador da educação em saúde, haja vista que ao promover o encontro do paciente com enfermeiro do centro cirúrgico em condições onde o indivíduo consegue interagir de maneira mais autônoma, como os momentos da visita pré-operatória e a visita pós-operatória, estabelece não só o fortalecimento do vínculo enfermeiro-paciente, como favorece o desenvolvimento das funções educativas do enfermeiro, conseguindo assim aumentar o protagonismo do ser humano a ser cuidado.

6.4 Contribuição da SAEP no favorecimento da integralidade da atenção em saúde

As ações de saúde devem ser combinadas e voltadas ao mesmo tempo para prevenção e a cura. Os serviços de saúde devem funcionar atendendo o indivíduo como um ser humano integral submetido às mais diferentes situações de vida e trabalho, que o leva a adoecer e a morrer. O indivíduo não deve ser visto como um amontoado de partes (coração, fígado, pulmão, etc.) e solto no mundo. O indivíduo é um ser humano, social, cidadão que biológica, psicológica e socialmente está sujeito a riscos de vida (BRASIL 2005).

Na Política Nacional de Humanização, a integralidade está prevista e prevê sintonia entre as estratégias de produção da saúde, a ampliação da escuta dos trabalhadores e serviços de saúde na relação com os usuários, individual e coletivamente, de modo a deslocar a atenção da perspectiva estrita do seu adoecimento e dos seus sintomas, para o acolhimento de sua história, de suas condições de vida e de suas necessidades de saúde, respeitando e considerando suas especificidades e suas potencialidades na construção da terapêutica proposta.

Desta forma, mais uma vez a SAEP, se mostra de acordo com esta proposta de trabalho, uma vez que ao promover a aproximação do enfermeiro com o paciente permitindo queneste encontro se

estabeleça o compromisso e a preocupação de se fazer a melhor escuta possível das necessidades de saúde, traduzidas por aquela pessoa que busca o serviço (CECILIO, 2001).

Outra proximidade da SAEP com a integralidade está no fato de que para que ambas possam acontecer é preciso, segundo Cecílio (2001) que aspectos importantes da organização do processo de trabalho, gestão, planejamento e construção de novos saberes e práticas de saúde sejam repensados.

A integralidade deve ser fruto do esforço e confluência dos vários saberes de uma equipe multiprofissional, no espaço concreto e singular dos serviços de saúde, sejam eles unidades básicas de saúde ou hospitais. Desta forma, concordamos com Cecílio (2001) ao afirmar que a integralidade da atenção, no espaço singular de cada serviço de saúde está em traduzir e atender, da melhor forma possível, as necessidades de saúde, sempre complexas mas, principalmente, tendo que ser captadas na individualidade de cada paciente.

Em todas as condições de cuidados experimentadas pela pesquisadora o objetivo de ouvir as necessidades dos pacientes esteve presente, a assistência de enfermagem, pensada no modelo conceitual da SAEP, obriga o enfermeiro a voltar-se para o paciente, mantê-lo como foco da atenção de cuidado em todos os momentos, desde o planejamento da assistência até a sua operacionalização.

7 CONSIDERAÇÕES FINAIS

O desenvolvimento da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória – SAEP na busca da satisfação das necessidades da pessoa em condição cirúrgica, aconteceu a partir da realização da assistência de enfermagem a pessoas submetidas à cirurgia tendo como guia o marco conceitual e a sistematização da assistência de enfermagem nas diversas fases do período perioperatório, buscando analisar o processo de implementação da SAEP em termos de satisfação das necessidades humanas básicas e bem estar.

Com relação a interpretação da contribuição da SAEP na satisfação das necessidades humanas básicas constatei que durante o período pré-operatório a minha atuação como enfermeira de centro cirúrgico, durante a realização da visita pré-operatória se deu principalmente na busca da satisfação de necessidades psicossociais, como Segurança Emocional, Educação em Saúde.

A pessoa em condição cirúrgica passa por momentos de insegurança em relação a manutenção da vida, a possibilidade de morrer ou de ficar incapacitada temporariamente após a cirurgia, medo de sentir dor ou simplesmente ansiedade por não saber exatamente o que está para acontecer.

Embora, a medida que se aproxime o momento da cirurgia, a tendência seja de aumentar a ansiedade, evidenciou-se o período pré-operatório mediato como o momento de maior apreensão entre as pacientes do estudo. Portanto, a visita pré-operatória, realizada neste período favoreceu ao enfermeiro a percepção destas necessidades, intervir e alterar esta condição, fazendo com que o paciente passasse para o momento seguinte com menor nível de ansiedade. À medida que o paciente recebe informações, favorece a satisfação da necessidade de Segurança Emocional e também proporciona condições para o envolvimento da pessoa na sua recuperação, ou seja, favorece o protagonismo, a troca solidária de informações, promovendo assim a autonomia dos sujeitos.

Durante os períodos trans-operatório e pós-operatório imediato observei que minha atuação como enfermeiro do centro cirúrgico se deu muito mais procurando a satisfação de necessidades psicobiológicas. Neste momento, as pessoas em condição cirúrgica mostram-se muito mais dependentes da equipe de saúde, a autonomia está reduzida e por vezes inexistente, a vulnerabilidade e os riscos aumentam.

A incapacidade temporária do pacientes em atender suas necessidades e objetivos vitais estão muito mais evidentes neste momento e, exige da assistência do enfermeiro uma atuação mais voltada para a satisfação de necessidades essenciais para a manutenção da vida.

Muitas vezes a assistência de enfermagem neste momento se utiliza de procedimentos invasivos e também de equipamentos especiais exigindo do enfermeiro ou enfermeira do centro cirúrgico conhecimento específico para tal, aperfeiçoamento do trabalho em equipe com a

integração e complementaridade das atividades exercidas pelas diferentes categorias profissionais, e conhecimento da complexidade do problema, grau de saber e tecnologias exigidas para a solução.

Neste período experimentei a sensação de “advogar em favor do paciente”, pois possuía informações a respeito das suas necessidades e desejos; e sentia constantemente a necessidade de defender suas vontades durante o período em que estava anestesiado, assim como, defender sua individualidade e privacidade.

Podemos afirmar que o uso da SAEP proporcionou também, a criação e o fortalecimento do vínculo entre paciente e enfermeiro de centro cirúrgico, o que durante este período, principalmente na chegada do paciente ao centro cirúrgico e também nos momentos que se sucederam, parece ter proporcionado a diminuição da ansiedade do paciente, principalmente por conhecer quem estava lhe prestando assistência.

Através desta experiência de cuidado, pude perceber também a influência da SAEP na concretização do princípio da integralidade de atenção a saúde, considerando-a como o esforço em traduzir e atender as necessidades, da melhor forma possível, das pessoas em condição cirúrgica, captadas em sua expressão individual. O período perioperatório mostrou-se um espaço para a escuta das necessidades singulares de saúde das pessoas e a criação de novas estratégias de qualificação e defesa da vida das pessoas, mesmo que de passagem por um ambiente dedicado a atender um atendimento especializado, necessário naquele momento.

Diante desta experiência, acredito que trabalho do enfermeiro por meio da SAEP constitui-se na forma de poder resgatar a assistência centrada no paciente, procurando evitar a fragmentação do processo de trabalho, a fragmentação das relações entre os diferentes profissionais envolvidos no processo.

No entanto, é importante ressaltar que a operacionalização da SAEP implica necessariamente em maior número de profissionais enfermeiros nos setores de centro cirúrgico e sala de recuperação anestésica. A relação de implantação da SAE e melhoria da qualidade da assistência é diretamente proporcional ao tempo investido na coleta de dados com o paciente e posterior planejamento da assistência de enfermagem.

A prática de enfermagem ainda bastante vinculada ao cumprimento de atividades burocráticas e técnicas, em detrimento do processo de enfermagem, constitui-se em outra dificuldade na aplicabilidade da SAEP porque a implantação da sistematização é de responsabilidade exclusiva do enfermeiro, não sendo possível delegar esta tarefa o que reforça a necessidade de mais enfermeiros, principalmente na condição de enfermeiros assistenciais.

Não bastando as diversas atividades burocráticas, nas últimas décadas, a assistência de saúde vem passando por grandes transformações, na área hospitalar é cada vez mais comum a preocupação com obtenção de lucros. O centro cirúrgico, por sua vez, trata-se de um local de alta rentabilidade, e o enfermeiro, na maioria das vezes é o responsável por gerenciar este objetivo para qual ele necessita

despender tempo para a realização de controles e segurança do seguimento de normas e registros, o que implica em menor tempo para despender ao desenvolvimento da assistência de enfermagem direta ao paciente.

Ressaltamos ainda, a contribuição da Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória para a consolidação do Sistema Único de Saúde – SUS evidenciado pelo favorecimento do exercício do acolhimento e do vínculo na relação entre enfermeiro – enfermeira e o paciente. Considerando *acolhimento* como uma tecnologia que estrutura a relação entre a equipe e a população e se define pela capacidade de solidariedade de uma equipe com as demandas do usuário, resultando numa relação humanizada. Tal relação envolve escuta e responsabilização (SILVA Jr, 1998).

O *acolhimento*, enquanto componente do processo de criação de vínculo e do processo terapêutico, reforça o ideal de humanização preconizado no HumanizaSUS, o qual quer um “[...]SUS mais humano, construído com a participação de todos - trabalhadores, gestores e usuários – e comprometido com a qualidade dos serviços e com a saúde integral para todos” (BRASIL, 2004).

Finalmente, durante esta experiência de cuidado pude reforçar minhas crenças e valores com relação a SAEP como modelo assistencial para balizar minha prática profissional, pois acredito na contribuição da SAEP para a aproximação do profissional enfermeiro da pessoa em condição cirúrgica.

Se por um lado fortaleceu a idéia de que a assistência prestada a pessoa em condição cirúrgica implica no importante seguimento de normas e rotinas rígidas como controle de assepsia e segurança do paciente por meio de monitorização constante do paciente, por outro consolidou a crença de que setores como este necessitam de maior contato do enfermeiro-enfermeira com o paciente, e que somente desta forma haverá o desenvolvimento da assistência de enfermagem voltada para as necessidades de saúde do paciente.

Portanto, acredito na contribuição deste trabalho também para a profissão enfermagem a partir do momento em que instiga o profissional enfermeiro a refletir sua prática e com isso despertar o exercício da profissão voltado para a satisfação dos desejos e interesses da pessoa em condição cirúrgica.

8 REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- AMFRI, Associação dos municípios da região da foz do rio Itajaí. Disponível em: <http://www.amfri.org.br> Acesso em 12 set. 2004.
- AYRES, J. R. De C. M. Et al, O conceito de vulnerabilidade e as práticas de saúde: novas perspectivas e desafios. In: CZEERESNIA, D., **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- BENEDET, S. A. **Cliente cirúrgico: ampliando sua compreensão**. 2002. 147 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2002.
- BENEDET, S.A.; BUB, MBC, **Manual de diagnóstico de enfermagem: uma abordagem baseada na teoria das necessidades humanas básicas e na classificação diagnóstica da NANDA**, Florianópolis: Bernúcia, 2001.
- BIANCHI, E; CASTELLANOS, B. E. P, Visita pré-operatória do enfermeiro da unidade de centro cirúrgico: marcos referenciais para o seu ensino no curso de graduação em enfermagem, **Rev. Paul. Enf.**, São Paulo, jan/fev/mar, 1984.
- BRASIL, Ministério da Saúde, Núcleo técnico da política nacional de humanização, **HUMANIZASUS: Acolhimento como avaliação e classificação de Risco**, Brasília, 2004.
- BRASIL Ministério da Saúde, Secretaria de Vigilância em Saúde, **Política nacional de promoção de saúde**, Brasília, 2005.
- BUB, MBC. LISS, P-E. Sistematização da Assistência de Enfermagem. Florinópolis, 2004. (mimeo)
- CAMPOS, S .M. C. L. et al. Sistemática da assistência perioperatória – percepção de enfermeiros assistenciais. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.5, n.4, p. 21-25, out./dez.2000.
- CAPONI, S. N. C. de, A saúde como abertura ao risco. In: CZEERESNIA, D., **Promoção da saúde: conceitos, reflexões e tendências**, Rio de Janeiro: Fiocruz, 2003.
- CARVALHO, L. D. P. **Diagnóstico de enfermagem no período perioperatório de cirurgia cardíaca valvar**, Fortaleza, Universidade Federal do Ceará e Universidade Federal do Maranhão, Mestrado Interinstitucional, 2003. 142 f, Dissertação.
- CASTELLANOS, B. E. P.; JOUCAS, V. M. G., Assistência de enfermagem perioperatória: um modelo conceitual. **Rev. Esc. USP**, São Paulo, v.24, n.3, p.359-370, 1990.
- CASTIEL, L. D. **Sentidos de risco**, São Paulo.1996. Disponível em: <http://www.ensp.fiocruz.br/projetos/esterisco>. Acesso em 29/08/2004.
- CECILIO, L. C. de O., **As necessidades de saúde como conceito estruturante na luta pela integralidade e equidade na atenção**, Campinas, 2001.
- COFEN, **Resolução COFEN-272 de 2002**. Disponível em< <http://www.corensp.org.br/resolucoes.html>> Acesso em: 06 nov.2003.
- CUNHA, S. M. B., **Análise da implementação da sistematização da assistência de enfermagem em um hospital privado segundo o referencial de Wanda Horta**, São Paulo, Universidade Federal de São Paulo, Escola paulista de medicina, Departamento de Enfermagem, 2003. 86f, Dissertação.
- DAVID, M. N. K., **Implantação da sistematização da assistência de enfermagem sob a ótica das enfermeiras-chefes de hospitais da rede privada**, São Paulo, Universidade São Paulo, Escola de enfermagem, 2002, 126 f, Dissertação
- FERNANDES, M. V. L., Identificação das expectativas dos pacientes cirúrgicos relacionadas às orientações pré-operatórias. In: Congresso brasileiro de enfermagem em centro cirúrgico, II, São Paulo, 1995. **Anais...** p.81-88
- FERREIRA, N. M. L. A. Sistematização da assistência de enfermagem- importância para a profissão e responsabilidade no preparo do enfermeiro. **Rev. Acta Paulista de Enfermagem**, São Paulo, v.3, n.3, p.70-84. set/1990.

FLORIO, Maria Cristina Simões; GALVAO, Cristina Maria. Cirurgia ambulatorial: identificação dos diagnósticos de enfermagem no período perioperatório. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.11, n.5, set./out. 2003. p.630-637. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692003000500010&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 07 ago. 2004.

GALVÃO, C. M. Liderança do enfermeiro de centro cirúrgico. **Rev. Paul. Enf**, São Paulo, p.57-61, ed. especial, jul/1991.

GHELLERE, T.; ANTONIO, M. C.; SOUZA, M. L. **Centro Cirúrgico: aspectos fundamentais para enfermagem**, Florianópolis: ed. da UFSC, 1993.

GOMES, M. A. de S. M., **Resenha crítica: PINHEIRO, R.; MATTOS, R; CAMARGO Jr, K. R. : Construção da integralidade: cotidiano, saberes e práticas em saúde**, Abrasco, Rio de Janeiro, 2003. 228pp.

HORTA, W. A. **Processos de enfermagem**. São Paulo: E.P.U.,1979.

HOUAISS, A; **Dicionário eletrônico da língua portuguesa**, Rio de Janeiro: Objetiva, 2001.1 CD-ROM

KELL, M. do C. G., **Integralidade da atenção a saúde**, disponível em: www.saude.gov.br, acessado em: 20 de novembro de 2005.

KURCGANT, P. et al. **Administração em enfermagem**. São Paulo: EPU, 1991.

MARQUES, R. G. Cirurgia: instrumental e fundamentos técnicos, São Paulo: Cultura Médica, 2001.

MARQUES, L. M. S.; PEPE, C. M. S. **Instrumentação cirúrgica - teórica e prática**. São Paulo: Roca, 2001.

MARTINS, I., **Análise das intervenções de enfermagem para o diagnóstico de enfermagem: desobstrução ineficaz das vias aéreas**, Universidade Federal de São Paulo, Escola paulista de medicina, Departamento de enfermagem, 2003, 51 f, Tese.

MEEKER, M. H.; ROTHROCK, J. C. **Alexander: Cuidados de enfermagem ao paciente cirúrgico**, 10 ed. Rio de Janeiro: Guanaara Koogan, 1997.

MEDINA, R. F.; BACKES, V. M. S., A humanização no cuidado com o cliente cirúrgico. **Rev. Brás. Enferm.** Brasília, v.55, n.5 p. 522-527. set/out. 2002.

NORDENFELT, L. **Conversando sobre saúde: um diálogo filosófico**, Florianópolis: Bernúcia, 2000.

NORDENFELT, L. *Quality of Life, Health and Happiness*. Aldershot: Avebury, 1993.

NORDENFELT, L. *On the Nature of Health. An Action-Theoretic Approach*. 2nd. Ed. Dordrecht: Kluwer, 1987.

NORDENFEL, L; BUB; MBC. Sobre Incapacidades e Desvantagens: comparando dois modelos. IN: **A Saúde em Questão**. Um espaço para reflexão. CAPONI, S; PADILHA, MICS, Florianópolis: Ed. dos Autores, 1999. p.145 – 166.

NORDIN, Ingemar, On the rationality of medicine. In: NORDENFELT, L.; TENGLAND, Per – Anders, **The Goals and limits of medicine**, Estocolm: Almqvist & Wiksell, 1996. p. 55-74.

OLIVEIRA,S. L.; **Tratado de metodologia científica: Projeto de pesquisa, TGT, TCC, monografia, dissertações e teses**. 2.ed. São Paulo:Pioneira,1997.

PARRA, O. M.; SAAD, W. A. **Instrumentação cirúrgica** Rio de Janeiro: Atheneu, 1988.

PELLIZZETTI, N.; BIANCHI, E. R. F. Visita pré-operatória de enfermagem:Análise retrospectiva. **Rev. SOBECC**, São Paulo, v.4, p.25, jan./mar.1999.

PICCOLI, Marister; GALVAO, Cristina Maria. Enfermagem perioperatória: identificação do diagnóstico de enfermagem risco para infecção fundamentada no modelo conceitual de levine. **Rev. Latino-Am. Enfermagem**, v.9, n.4, p.37-43, 2001. Disponível em: <http://www.scielo.br/scielo.php?script=sci_arttext&pid=S0104-11692001000400007&lng=pt&nrm=isso>. Acesso em: 07 ago. 2004

PITREZ, F. A. B.; PIONER, S. R. **Pré e pós operatório: em cirurgia geral e especializada**, Porto Alegre: Artmed, 1999.

- POTTE, P. A.; PERRY, A. G. **Fundamentos de enfermagem: conceitos, processo e prática**, 4 ed. Vol 2, Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999.
- RIBEIRO, C. R. V. **Assistência de enfermagem em centro cirúrgico: uma proposta de sistematização**. 2004. 84 f. Dissertação (Mestrado em Filosofia, Saúde e Sociedade) – Programa de Pós Graduação em Enfermagem, Universidade Federal de Santa Catarina, Florianópolis, 2004.
- RODRIGUES, R. A. P.; SOUSA, F. A. E. F., O trabalho da enfermeira em centro cirúrgico: análise de depoimentos, **Rev. Latino-am. De enfermagem**, Ribeirão Preto, v. 2 n. 1, p.21-34, julho, 1993.
- ROSSI et al, Diagnóstico de enfermagem do paciente no período pós-operatório imediato. **Rev. Esc. Enf. USP**, v.34, n.2, p.154-164, junho 2000.
- SANTOS, L. G. S.; BACKES, V. M. S.; VASCONCELOS, M. A. A assistência humanizada ao cliente no centro cirúrgico: uma expectativa apoiada na teoria humanística de PATERSON & ZDERAD. **Rev. Nursing**, São Paulo, n.48, a.5, p.25-29, maio 2002.
- SILVA et al, **Proposta de sistematização da assistência de enfermagem no período pré-operatório**. In: **Congresso Brasileiro de Enfermagem em Centro Cirúrgico, II**, São Paulo, 1995. Anais... p.50-56.
- SILVA, Jr. AG. **Modelos tecnoassistenciais em saúde: o debate no campo da Saúde Coletiva**. São Paulo: Editora Hucitec; 1998.
- SILVA, M. J. P. da Humanização em unidade de terapia intensiva. In: CINTRA, E. de A.; NISHIDE, V. M.; NUNES, W. A. **Assistência de enfermagem ao paciente gravemente enfermo**. São Paulo: Atheneu, 2001.
- SILVA, R. C. da, **Diagnóstico de enfermagem no pós-operatório de cirurgia bariátrica em um centro de terapia intensiva**, Belo Horizonte, Universidade Federal de Minas Gerais, Escola de enfermagem, 2003, 148 f, Dissertação.
- SMELTZER, S. C. BARE, B. G. **Brunner e Suddarth: tratado de enfermagem médico cirúrgico**. 8. ed. Rio de Janeiro: Guanabara Koogan, 1999
- SOCIEDADE DE ANESTESIOLOGIA DO RIO GRANDE DO SUL – SARGS. Rio Grande do Sul, 2001.
- SOCIEDADE BRASILEIRA DE ENFERMEIROS DE CENTRO CIRÚRGICO. **Práticas recomendadas da SOBECC**. São Paulo, SP, 2000.
- THOMAZ, V. A.;GUIDARDELLO, E. B. Sistematização da assistência de enfermagem:Problemas identificados pelos enfermeiros. **Rev. Nursing**, São Paulo, n.54, a.5, p.28-34, nov/2002.
- TOLEDO, V. P., **Sistematização da assistência de enfermagem psiquiátrica em um serviço de reabilitação psicossocial**, Ribeirão Preto, 2004, 109 f, Tese.
- TRAMONTINI, C.C. *et all*. Repensando a formação do gerente do processo de trabalho do enfermeiro de centro cirúrgico e centro de material. **Rev. SOBECC**, v.7, n.1, p.11-15, jan/mar, 2002.
- TRENTINI, M.; PAIM, L., **Pesquisa convergente assistencial: um desenho que une o fazer e o pensar na pratica assistencial em saúde-enfermagem**, Florianópolis: Insular, 2004.
- URSI, E. S.; GALVÃO, C. M., Prevenção de lesões de pele no perioperatório: revisão integrativa da literatura. **Rev. Latino-am Enfermagem**, v.14, p. 124-131, jan/fev, 2006.

9 ANEXOS

ANEXO 1
OFÍCIO SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DA INSTITUIÇÃO

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilmo(a) Sr(a): _____

Cargo: _____

Instituição: _____

Prezado(a) Sr(a)

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar um estudo sobre a prática assistencial intitulado “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, contribuição para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica”. A proposta tem por objetivo refletir sobre a relação entre a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a realização de uma assistência de enfermagem voltada para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica.

Diante ao exposto, vimos solicitar a anuência de V. As., por escrito, para a concretização desta coleta de dados, através de termo de aceite.

Esclarecemos que o trabalho será orientado pelo(a) professor(a) Dra. Maria Bettina Camargo Bub.

Contando com vossa colaboração, agradecemos a atenção e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Michele Thiesen

Maria Bettina Camargo Bub
(orientadora)

Florianópolis (SC), de de 2005.

ANEXO 2
OFÍCIO SOLICITANDO AUTORIZAÇÃO DA EQUIPE CIRÚRGICA

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

Ilmo(a) Sr(a): _____

Cargo: _____

Prezado(a) Sr(a)

Venho por meio desta solicitar autorização para realizar um estudo sobre a prática assistencial intitulado “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, contribuição para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica”. A proposta tem por objetivo refletir sobre a relação entre a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a realização de uma assistência de enfermagem voltada para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica.

Diante ao exposto, vimos solicitar a anuência de V. As., por escrito, para a concretização desta coleta de dados, através de termo de aceite.

Esclarecemos que o trabalho será orientado pelo(a) professor(a) Dra. Maria Bettina Camargo Bub.

Contando com vossa colaboração, agradecemos a atenção e subscrevemo-nos.

Atenciosamente,

Michele Thiesen

Maria Bettina Camargo Bub
(orientadora)

Florianópolis/SC, de de 2005.

ANEXO 3**TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO**

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA
CENTRO DE CIÊNCIAS DA SAÚDE
PROGRAMA DE PÓS-GRADUAÇÃO EM ENFERMAGEM
MESTRADO EM ENFERMAGEM

TERMO DE CONSENTIMENTO LIVRE E ESCLARECIDO DO PARTICIPANTE

Nome Sr(a). _____
Idade _____ Sexo _____ de naturalidade _____ domiciliado em _____ de profissão _____ e RG _____, foi informado detalhadamente sobre a pesquisa intitulada “Sistematização da Assistência de Enfermagem Perioperatória, contribuição para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica”, e tem como objetivo geral: refletir sobre a relação entre a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória e a realização de uma assistência de enfermagem voltada para a busca do bem estar da pessoa cirúrgica e como objetivos específicos: prestar assistência a pacientes submetidos a cirurgia tendo como guia o marco conceitual e a sistematização da assistência de enfermagem nas diversas fases do período perioperatório, através de visita pré-operatória no período pré-operatório imediato; da assistência de enfermagem no período transoperatório; da assistência de enfermagem no período pós-operatório imediato; visita pós-operatório; analisar a sistematização da assistência de enfermagem - SAEP a partir do referencial teórico das necessidades humanas básicas

O(a) Sr(a), foi plenamente esclarecido de que ao responder as questões que compõem esta pesquisa.

A principal resposta que buscamos na pesquisa é de que modo a sistematização da assistência de enfermagem perioperatória pode contribuir para o bem estar da pessoa em condição cirúrgica, por acreditarmos que tal descoberta trará benefícios a assistência de enfermagem prestada a pessoa em condição de cirurgia.

Embora o(a) Sr(a), venha a aceitar a participação nesta pesquisa, está garantido que o(a) Sr(a) poderá desistir a qualquer momento, inclusive sem nenhum motivo, bastando para isso, informar sua decisão de desistência, da maneira mais conveniente. Foi esclarecido ainda que, por ser uma participação voluntária sem interesse financeiro, o(a) sr(a) não terá direito a nenhuma remuneração. A participação na pesquisa não incorrerá em risco ou prejuízos de qualquer natureza.

Os dados referentes ao sr(a) serão sigilosos e privados, sendo que o(a) sr(a) poderá solicitar informações durante todas as fases da pesquisa, inclusive após a publicação da mesma.

Foi informado também que o participante, a qualquer momento, poderá fazer contato com a pesquisadora pelos telefones: (47) 367-5539 ou (47) 9981-9700 ou ainda pelo e-mail: michele.thiesen@univali.br.

A implementação da coleta de dados se dará através da assistência de enfermagem prestada

ao pacientes cirúrgicos, sendo os registros realizados por meio de entrevista individual, gravada em em fita cassete garantindo-se privacidade e a confidência das informações e será realizada pela pesquisadora Michele Thiesen sob a supervisão da Profª Dra. Maria Bettina Camargo Bub.

Florianópolis (SC) ____ de _____ de 2005.

Assinatura (de acordo)

Participante do estudo

Michele Thiesen
(orientanda)

Maria Bettina Camargo Bub
(orientadora)

ANEXO 01
INSTRUMENTO DE COLETA DE DADOS/HISTÓRICO DE ENFERMAGEM

HISTÓRICO DE ENFERMAGEM				
1. DADOS DE IDENTIFICAÇÃO				82
Nome:	Sexo:	Idade:	Escolaridade:	Leito:
Profissão:	Estado Civil:	Diagnóstico médico:		
Data da internação:	Motivo da internação:			
Data da cirurgia:				
Doenças crônicas:				
Cirurgias anteriores:				
Fatores de risco: () tabagismo () etilismo () câncer () medicação imunossupressora () radioterapia () outros:				
Demonstra conhecimento sobre a sua patologia: () sim () não				
Cirurgia proposta:				
Provável classificação da cirurgia/potencial de contaminação: () limpa () contaminada () potencialmente contaminada () infectada				
Alergias (drogas, alimentos, adesivos, tinturas) () sim () não				
Alterações apresentadas	Data	Alterações apresentadas	Data	
2. INVESTIGAÇÃO CLÍNICA				
2.1 Dados Clínicos				
ASA I () ASA II () ASA III () ASA IV () ASAV () ASA VI ()				
Prescrito pré-anestésico: () sim () não Qual?				
Realizado lavagem intestinal: () sim () não				
Altura:	Peso:	Temperatura Axilar:		
Pulso: bcmp. () regular () Irregular () Taquicárdico () Bradicárdico: () Normocárdico				
PA: / mmHg () braço direito () braço esquerdo	PAM:	PVC:		
Alterações Apresentadas	Data	Alterações Apresentadas	Data	
2.2 Respiratório/ Circulatório				
Frequência Respiratória: mrpm () Dispneia () Apnéia (Tosse Produtiva () TOT () Traqueostomia () Máscara () Cateter de oxigênio				
Secreção: () expectoração espontânea () Aspiração traqueal Descrição/quantidade:				
Saturação de oxigênio:				
Tórax – Descrever:				
Lesões: Características				
Ausculta pulmonar: () MV bilateral () MV diminuídos bilateral () MV diminuídos a D () MV diminuídos a E () Roncos () sibilos () estertor				
Alterações Apresentadas	Data	Alterações Apresentadas	Data	

2.3 Metabólico/ Tegumentar			
Boca			
Lesões: () Nenhuma () Sim – Descrever/localizar			
Prótese dentária () superior () inferior Com o paciente () sim () não			
Pele			
História da pele/problemas de cicatrização: () nenhuma () erupção () sudorese () cicatrização anormal () ressecamento			
Cor: () Dentro do limite normal () pálida () cianótica () Ictérica () Outras:			
Temperatura: () dentro do limite normal () Quente () Fria			
Turgor: () Dentro do limite normal () Diminuído			
Edema: () não () sim Descrever/localizar:			
Lesões: () Nenhuma () sim Descrever/localizar:			
Hematomas/petéquias/equimoses () nenhuma () sim Descrever/localizar:			
Vermelhidão () nenhuma () sim Descrever/localizar			
Prurido () não () sim Descrever/localizar			
Drenos: () não () sim		() Penrose/ Local:	() sucção/ Local:
() Tubular/Local		Ostomias: () sim () não Local:	
Alterações Apresentadas	Data	Alterações Apresentadas	Data
2.4 Neurossensorial			
Pupilas: () Isocóricas () Anisocóricas () Desvio conjugado: () Glasgow: () PIC:			
RFM/ Direita : () Presente () Ausente Esquerda: () Prsente () Ausente			
2.5 Padrão Cognitivo perceptivo			

Estado mental: () Alerta () orientado () Confuso () Sem reação () outras:									
Comunicação: () verbal () não verbal () ausente () dificultosa () impossibilitada: causa:									
Audição: () Dentro do limite de normalidade () Prejudicado: () Direito () esquerdo () Surdez () Direito () esquerdo									
Visão: : () Dentro do limite de normalidade () óculos () catarata () glaucoma () cegueira									
Vertigem: () sim () não									
Sente-se deprimido? sim () Não () às vezes ()									
Ansioso? Sim () Não () às vezes ()									
Nervosa? sim () não () às vezes Por quais motivos?									
Precisa de ajuda? sim () Não ()									
Comentários:									
Desconforto ou dor: () Nenhum () Agudo () Crônico Descrição:									
Controle da dor: () não () Sim Qual:									
Alterações Apresentadas			Data		Alterações Apresentadas			Data	
2.6 Padrão de Tolerância ao Estresse									
Quando possui algum problema como você procura resolvê-lo?									
Principais preocupações relativas à hospitalização ou à doença:									
Cateteres									
Tipo/ Localização: () jugular () subclávia () periférica									
Características:									
Tipo/Localização () cateter vesical () sonda nelaton (cistostomia) () cateter ureteral () irrigação vesical									
Características:									
Tipo/ Localização () SNG () SNE									
Características									
Tipo/Localização () peridural									
Características									
2.5 Controle hídrico									
2.6 Outros									
Hemograma	Valores	Data	Valores	Data	Valores	Data	Valores	Data	
Gasometria									
Função Renal									
Eletrólitos									

Nome do Paciente:				
Data	Necessidades Humanas Básicas afetadas	Diagnóstico de enfermagem	Relacionado	Evidenciado

Nome do Paciente							
Necessidade humana básica alterada:							
Diagnóstico de Enfermagem	Data	Intervenção	Data	Resultado esperado	Data	Reavaliação	Data

Necessidade humana básica alterada:							
Diagnóstico de Enfermagem	Data	Intervenção	Data	Resultado esperado	Data	Reavaliação	Data
Diagnóstico de Enfermagem	Data	Intervenção	Data	Resultado esperado	Data	Reavaliação	Data

ANEXO 02
INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

UNIVERSIDADE FEDERAL DE SANTA CATARINA HOSPITAL X CENTRO CIRÚRGICO			INSTRUMENTO DE SISTEMATIZAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM ISAE			88
IDENTIFICAÇÃO						
Nome:				Sexo: M () F ()		Idade:
Profissão:			Peso:	Altura:	Quarto:	Leito:
Data:	Diagnóstico Médico:			Cirurgia:		Sala:
Tipo de Anestesia:			Medicamentos utilizados:			
DADOS RELEVANTES DO HISTÓRICO DE ENFERMAGEM						
() Jejum () dificuldade de comunicação () recebeu antibiótico profilático () acompanhamento familiar						
() recebeu medicação pré-anestésica () orientação para cirurgia						
Fatores de risco: () tabagismo () etilismo () radioterapia () imunossupressores						
Doenças crônicas:						
Cirurgias anteriores:						
Outros:						
NECESSIDADES HUMANAS BÁSICAS/ DIAGNÓSTICOS DE ENFERMAGEM						
PSICOBIOLOGICAS						
A) REGULAÇÃO NEUROLÓGICA				B) PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DO SENTIDO		
1. () Alteração no processo do pensamento				1. () Audição diminuída		
2. () Confusão aguda				2. () Visão alterada		
3. () Confusão crônica				3. () Presença de dor		
4. ()				4. () Náuseas		
C) OXIGENAÇÃO				D) REGULAÇÃO VASCULAR		
1. () Incapacidade para manter respiração espontânea				1. () Risco para débito cardíaco diminuído		
2. () Padrão respiratório ineficaz				2. () Débito cardíaco diminuído		
3. () Desobstrução ineficaz das vias aéreas				3. () Risco para aumento do débito cardíaco		
4. () Risco para padrão respiratório ineficaz						
5. () Risco para função respiratória alterada						
E) REGULAÇÃO TÉRMICA				F) HIDRATAÇÃO		
1. () Risco para alteração da temperatura corporal				1. () Déficit no volume de líquido		
2. () Hipotermia				2. () Risco para déficit no volume de líquido		
3. () Hipertermia				3. () Excesso de volume de líquido		
4. ()						
G) ELIMINAÇÃO				H) INTEGRIDADE FÍSICA		
1. () Risco para alteração na eliminação urinária				1. () Risco para alteração na mucosa oral		
2. () Risco para retenção urinária				2. () Risco para integridade da pele prejudicada		
3. () Retenção urinária				3. () Risco para integridade tissular prejudicada		
4. () Retenção de fluídos por SNG e ou drenos				4. () Integridade tissular prejudicada		
				5. () Integridade da pele prejudicada		
I) ATIVIDADE FÍSICA						
1. () Mobilidade no leito prejudicada						
2. () Risco para mobilidade prejudicada						
3. () Capacidade de transferência prejudicada						
J) SEGURANÇA FÍSICA/ MEIO AMBIENTE						
1. () Risco para aspiração						
2. () Risco para infecção						
3. () Risco para lesão perioperatória pelo posicionamento						
4. () Resposta alérgica ao látex						

5. () Risco para resposta alérgica ao látex	
6. () Proteção alterada	
7. () Síndrome do estresse por mudança	
8. () Risco por trauma	
PSICOSSOCIAIS	
A) COMUNICAÇÃO	B) GREGÁRIA
1. () Comunicação prejudicada	1. Isolamento social
C) SEGURANÇA EMOCIONAL	
D) AUTOESTIMA, AUTOCONFIANÇA, AUTORESPEITO	
1. () Ansiedade	1. () Distúrbio da imagem corporal
2. () Medo	2. ()
E) LIBERDADE E PARTICIPAÇÃO	
F) EDUCAÇÃO PARA SAÚDE/APRENDIZAGEM	
1. () Enfrentamento individual ineficaz	1. () Falta de conhecimento
2. () Tensão devida ao papel de cuidador	
PSICOESPIRITUAIS	
A) RELIGIOSIDADE E ESPIRITUALIDADE	
1. () Risco para sofrimento espiritual	
2. () Distúrbio do campo energético	

N.H.B.	DIAGNÓSTICOS	INTERVENÇÕES DE ENFERMAGEM	RESULTADOS
PSICO BIOLÓGICAS			
A REGULAÇÃO NEUROLÓGICA	1, 2, 3	() chamar o paciente p/ nome e apresentar –se () () manter o paciente orientado quanto ao tempo e espaço () () Usar o toque se for bem aceito ()	
B PERCEPÇÃO DOS ÓRGÃOS DO SENTIDO	1, 2, 3, 4	() reduzir o excesso de barulho e de luzes () () Falar distinta e claramente () () explicar a causa da dor () () proporcionar alívio da dor com analgésicos prescritos e avaliar () () proporcionar alívio da náusea com medicação prescrita e avaliar () () proteger os olhos do paciente ()	
C OXIGENAÇÃO	1, 2, 3	() investigar o alívio da dor com mínimo período de fadiga ou depressão respiratória () () encorajar o cliente a tossir ensinando-o a pressionar as incisões abdominais ou torácicas com a mão e ou travesseiros () () encorajar exercícios respiratórios () () avaliar saturação periférica de oxigênio () () verificar frequência respiratória () () posicionar paciente prevenindo a aspiração () () observar perfusão periférica ()	
D REGULAÇÃO VASCULAR	1, 2	() verificar pulso, pressão sanguínea e respiração () () controlar perda sanguínea, pesar compressas () () colocar eletrodos cardíacos () () observar aumento de volume no local da incisão ()	
E REGULAÇÃO TÉRMICA	1, 2, 3	() evitar exposição desnecessárias do paciente () () verificar temperatura () () aquecer soros e ou bolsa de sangue antes da transfusão () () manter paciente confortavelmente aquecido com colchas e botas de espuma () () manter ambiente aquecido () () retirar roupas úmidas próximas do paciente () retirar cobertores e ou colchas que estão s/ o paciente ()	
F HIDRATAÇÃO	1, 2	() registrar quantidade e tipo de drenagem () () administrar infusões ev C. P. M. () () realizar balanço hidreletrolítico () () puncionar veia () () administrar sangue e seus derivados () () observar e anotar quantidade e coloração dos vômitos ()	
G ELIMINAÇÃO	1, 2	() observar presença de globo vesical () () observar e anotar quantidade e coloração da eliminação urinária () () proceder a passagem da sonda vesical (demora/alívio) C. P. M. ()	

		() observar permeabilidade de sondas e drenos ()	
		() observar e anotar a quantidade e coloração das eliminações por SNG e drenos	
H INTEGRIDADE FÍSICA	1, 2, 3, 4	() oferecer vaselina líquida ou gaze umedecida para os lábios ()	
		() proteger regiões laterais do paciente com campos ()	
		() posicionar a placa de bisturi em local apropriado ()	
		() colocar gel condutor na placa de bisturi	
		() observar a segurança do ambiente e dos equipamentos ()	
		() colocar protetores em calcâneos, cotovelos e região cervical ()	
		() orientar cliente quanto aos efeitos colaterais do opióide ()	
I ATIVIDADE FÍSICA	1	() realizar mudança de decúbito na maca ()	
		() colocar travesseiro como apoio posicionando paciente na maca ()	
J SEGURANÇA FÍSICA/ MEIO AMBIENTE	1, 2, 3, 4, 5 6, 7, 8	() orientar o paciente quanto a possível irritação orotraqueal devido ao tubo ()	
		() realizar desinfecção química do instrumental cirúrgico ()	
		() aspirar secreções da boca, orofaringe, e traqueostomia ()	
		() estar atento a sinais e sintomas de alergia ao látex ()	
		() evitar completamente o contato com látex ()	
		() posicionar o cliente na mesa cirúrgica atentando para: capacidade de amplitude de movimentos, anormalidades físicas, próteses ou implantes externo/interno, condição neurovascular e circulatória ()	
		() manter o cliente sempre acompanhado por alguém da equipe cirúrgica ()	
		() transferir paciente da maca para a mesa cirúrgica sempre em bloco ()	
		() solicitar avaliação do anestesista antes de mover ou reposicionar o paciente ()	
		() garantir que orelhas não estejam dobradas ()	
		() usar protetores para os olhos ()	
		() revestir áreas vulneráveis à traumatismos ()	
		() investigar continuamente se os membros da equipe não estão apoiados s/ o paciente. ()	
		() manipular delicadamente as articulações, não abduzir mais que 90 graus ()	
		() manter os braços imobilizados lateralmente ao corpo ou abduzir os braços em talas revestidas ()	
		() massagear ou retornar os MMII à posição anterior ao mesmo tempo, após determinados posicionamentos (ginecológica, litotomia, etc) ()	

		() reduzir a entrada de microorganismos nos pacientes. Através da lavagem meticulosa das mãos, utilizar técnica asséptica durante os procedimentos, evitar procedimentos diagnósticos ou terapêuticos desnecessários ()	
PSICOS SOCIAIS			
A COMUNICAÇÃO	1	() proporcionar métodos de linguagem verbal (palavra falada e escrita) e não verbal (sinais, símbolos, gestos, expressões faciais) () () solicitar um intérprete, se possível, para pacientes que não falam nosso idioma ()	
B GREGÁRIA	1	() orientar quanto ao ambiente, utilizando linguagem acessível ao paciente () () encorajar a expressão dos sentimentos (impotência, medo, angústias, etc) () () permitir a presença do familiar no pós-operatório ()	
C SEGURANÇA EMOCIONAL	1, 2	() proporcionar tranquilidade e conforto () () estabelecer comunicação (verbal /não verbal) para compreender as necessidades dos pacientes. () () chamar o paciente pelo nome e apresenta-se a cada contato ()	
D AUTOESTIMA AUTOCONFIANÇA AUTORESPEITO	1	() encorajar o paciente a expressar seus sentimentos () () encorajar o paciente a fazer perguntas sobre os problemas de saúde, tratamento e prognóstico () apoiar a família caso esteja presente () () proporcionar informações confiáveis e reforçar as informações já fornecidas ()	
E LIBERDADE/ PARTICIPAÇÃO	1,2	() promover a confiança e auto-eficácia positiva, testemunhando o enfrentamento bem sucedido de outros pacientes em situações semelhantes () () investigar e tentar amenizar os fatores causadores da tensão devida ao papel de cuidador () () compartilhar sentimentos sobre a responsabilidade de prestar cuidado ()	
F EDUCAÇÃO P/ SAÚDE	1	() orientar paciente/família com relação as dúvidas referentes ao procedimento cirúrgico que irá submeter-se ()	
PSICO ESPIRITUAIS			
A RELIGIOSIDADE ESPIRITUALIDA DE	1, 2	() estar disponível para ouvir quando o paciente expressar as próprias dúvidas, a culpa ou outros sentimentos negativos ()	

AVALIAÇÃO DA ASSISTÊNCIA DE ENFERMAGEM

ASSINATURA:_____ **DATA:** __/__/__ **COREN:** _____

ANEXO 03
INSTRUMENTO DE REGISTRO NO TRANSOPERATÓRIO

S. fisiológico 0,9%	500ml		S. Glicosado 5%	500ml	
S. fisiológico 0,9%	1000ml		S. Glicosado 5%	1000ml	
Ringer lactato	500ml		Ringer	500ml	
Ringer lactato	1000ml		Ringer	1000ml	
13. Sangue e derivados					
Descrição	Quantidade	Hora	Quantidade	Hora	
Papa de Hemácias					
Plasma					
Plaquetas					
Crioprecipitado					
Sangue Total					
14. Expansores plasmáticos					
Descrição	Quantidade	Hora	Quantidade	Hora	
Plasmasteril					
Albumina Humana					
Outros/ Quais:					
15. Medicamentos administrados no transoperatório					
Droga	Dose	Via	Horário		
16. Sinais Vitais transoperatório					
Sinal	1º horário	2º horário	3º horário	4º horário	5º horário
Pressão Arterial					
Pulso					
Respiração					
Temperatura					
17. Outros					
Realizado contagem de compressas: () sim () não Quantidade: () P () G					
Houve contato com familiares no período transoperatório?					

Quais informações foram repassadas aos familiares?	
Houve intercorrências no transoperatório? () sim () não Quais?	
18. Transferência para Sala de Recuperação Pós Anestésica	
Sinais Vitais de Saída PA: mmHg P: bpm R: mrpm Temperatura: °C	
Curativo final: Tampão:	
Encaminhado paciente para: () SRPA () UTI () Quarto () Necrotério	
Condições respiratórias de saída: () VE () TOT () Traqueostomia	
Acesso Venoso: () Central () Periférico	
Horário da Transferência:	
19. Observações	
Assinatura/ Categoria:	COREN Nº

ANEXO 04
**FORMULÁRIO PARA REGISTRO DE INFORMAÇÕES DO PERÍODO PÓS-
OPERATÓRIO IMEDIATO**

NOME _____ IDADE _____ CONVÊNIO _____
CIRURGIA _____ CIRURGIÃO _____ HORÁRIO/ ENTRADA _____ SAÍDA _____
ANESTESISTA _____ ANESTESIA : GERAL () RAQUI () PERIDURAL () SEDAÇÃO () OUTRA _____
DRENOS : SNG () SONDA VESICAL () DRENO DE TÓRAX () SUÇÃO () DRENO TUBULAR () DRENO DE PENROSE () OUTRO _____

INDICE DE ALDRETE KROULIK

			ADM	15 mir	30 mir	60 mir	90 min	Prescrição Médica
Nível de consciência	Completamente Acordado	2						
	Desperta quando estimulado	1						
	Não desperta	0						
Força Muscular	Move 4 membros	2						
	Move 2 menbros	1						
	Ausência de movimentos	0						
Aparelho Respiratório	Tosse, respira profundamente							
	Respiração limitada, dispnéia							
	Apnéia							
Aparelho Cardiovascul	P.A . até 20 % do Valor Basal	2						
	20% < PA < 50 % Valor Basal	0						
	P A > que 50% do Valor Basal	1						
SpO ²	SpO2 > 92 % em ar ambiente	2						
	SpO2 > 90 % com oxigênio	1						
	SpO2 < 90 % com oxigênio	0						
Soma Total								

ALTA DA R.P. A . /HORÁRIO _____ PARA : _____ ASSINATURA DO MÉDICO _____

GRÁFICO DE SINAIS VITAIS

[illegible]

[illegible][illegible]

ASSINATURA +COREN :_____

ANEXO 05
ENTREVISTA PARA AVALIAÇÃO FINAL

PACIENTE: _____
DATA: ____/____/____

1. Relate sua experiência durante o período perioperatório: